



**EL CUIDADOR PRINCIPAL:
PROPUESTA DE
SEGUIMIENTO DESDE LA
PREALTA HASTA EL
DOMICILIO DESDE
ENFERMERÍA COMUNITARIA**

TFG GRADO DE ENFERMERÍA DE LA UPNA 2018-2019.
Departamento de ciencias de la salud

DESCRIPCIÓN BREVE

La necesidad de intervenir al Cuidador Principal por parte de Enfermería Comunitaria desde el momento del afrontamiento y a lo largo de las distintas fases mediante una alfabetización en dos fases: la prealta y otra de seguimiento y afianzamiento.

AUTORA: Solanilla Navas, Begoña
TUTORA: García-Orellán, Rosa



RESUMEN

Antecedentes: Con una población tendente al envejecimiento, la cronicidad y las pluripatologías, insostenible para el sistema sanitario. Aumento de los pacientes dependientes necesitando unos cuidados que generalmente los realizan algún familiar directo siendo denominado cuidador principal. El cuidado tiene repercusión en el cuidador principal y en el entorno. El momento inicial en que se convierte en cuidador principal, es uno de los más difíciles de llevar y de gestionar. De ahí la importancia de una intervención de alfabetización exprés en la prealta y un posterior seguimiento desde el Centro de Salud de la Rochapea, trabajando sobre las distintas fases. Para ello la importancia de concienciar al profesional de su papel fundamental.

Objetivos: Alfabetizar al cuidador principal, mediante una intervención psicoeducativa, planteada en dos fases: una intervención exprés en la prealta en el CHN y una de seguimiento en el domicilio.

Metodología: Se emplea una metodología mixta, basada en la revisión bibliográfica

Resultados: Continuidad en todo el proceso del cuidador principal respecto al cuidado informal

Conclusiones: La necesidad de alfabetizar al cuidador principal en el cuidado y su repercusión en su persona, así como en el entorno más cercano, prevenir las consecuencias negativas del cuidado y proporcionar un cuidado de calidad a la persona dependiente en todas sus fases.

PALABRAS CLAVE:

Cuidador principal, dependencia, alfabetización sanitaria, sobrecarga del cuidador, recursos sociosanitarios.

NÚMERO DE PALABRAS

Resumen: 208 palabras. TFG: 11.072 palabras

ABSTRACT

Premises: A population tending to aging, chronicity and multiple diseases is unsustainable for the health system. Increase in dependent patients who need care usually made by a close relative, called “the main carer”. Care has repercussion on the main carer and the environment. The first moment in which somebody becomes the main carer is one of the most difficult to go ahead with and manage. Hence the importance of an express health literacy intervention in the pre-discharge and a subsequent monitoring from the Rocha Pea. Health Center, working on the different phases. Therefore the importance of the professional becoming aware of their fundamental role.

Objectives: Literacy to the main carer, through a psychoeducational intervention, raised in two phases: an express intervention in the hospital pre-discharge and a monitoring at home.

Methodology: A mixed methodology is used, based on the bibliographic review.

Results: Continuity in the whole process of the main carer regarding informal care.

Conclusions: The need to make the main carer literate in care and its repercussion in his/her person as well as in the closest environment, to prevent the negative consequences of care and to provide quality care to the dependent person in all its phases.

KEYWORDS: main carer, dependency, sanitary literacy, carer overload, socio-sanitary resources.

Number of words: 197 words.

CONTENIDO

PALABRAS CLAVE:	i
NÚMERO DE PALABRAS	i
JUSTIFICACIÓN	5
Justificación personal	5
Viabilidad del tema objeto de estudio	5
¿Por qué es conveniente plantearlo?	5
¿Para qué sirve?	6
¿Cuál es su trascendencia a nivel sociosanitario?.....	6
¿Quién se beneficia?	7
¿Ayudará a resolver algún problema práctico?	7
¿Qué aportamos al cuidado enfermero?	8
En relación con la utilidad y conveniencia del estudio	8
¿Se podrán generalizar los hallazgos?	8
¿Qué necesidades se satisfacen con los resultados?	9
¿Qué prioridad tiene la solución del problema?.....	9
¿Cuál es el interés personal/profesional, institucional y/o social del problema seleccionado?	10
Consideraciones éticas	10
Análisis contextual del problema	11
Justificación política	11
Según las Memoria del Ayuntamiento Pamplona, 2016.....	13
OBJETIVOS	17
Principal	17
Secundario	17
MATERIALES Y MÉTODOS	18
Cronograma del trabajo. (Anexo nº 1)	18
Diseño	18
Diagrama de flujo	20
Población Diana	21
Métodos de valoración	22
RESULTADOS /DESARROLLO	22
Análisis Estadísticos	22
España	22
Navarra.....	24
Pamplona	26

Rochapea.....	28
Análisis del problema	29
DISCUSIÓN.....	33
Debilidades del plan de intervención	34
Fortalezas.....	34
Planteamiento de líneas de mejora.....	35
CONCLUSIONES	36
PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO	37
Plan de intervención o Propuesta teórica	37
Primera fase: Plan de intervención exprés CHN (Tabla nº 3).....	37
Segunda fase: plan de seguimiento desde el centro de atención primaria en domicilio	40
AGRADECIMIENTOS	45
BIBLIOGRAFÍA (anexo 4).....	46
ANEXOS	58
Anexo 1: El cronograma del trabajo	58
Anexo nº2: Folleto del Gobierno de Navarra 2016. Cuidar y cuidarse. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E51DCA7A-E907-410B-B82B-36541DBD6ED5/368141/FolletoCUIDARCUIDARSE2016.pdf	59
Anexo nº: 3 Tabla: Criterios de inclusión y exclusión de la documentación obtenida en la búsqueda.....	60
Anexo 4: Detalle de la revisión bibliográfica	61

INDICE DE TABLAS

Tabla nº 1. Datos de personas con valoración dependiente.30-06-2018 Fuente: www.navarra.es	pág. 14
Tabla nº 2. Numero de atenciones por UB de Pamplona. Fuente: <i>Memoria del Ayuntamiento de Pamplona</i>	pag.27
Tabla nº 3. Atenciones de 2016 en las diferentes de las Unidades de Barrio (UB). Fuente: <i>Memoria del Ayuntamiento de Pamplona</i>	pag.27
Tabla nº 4. Plan de intervención exprés en el CHN. Fuente: <i>Elaboración propia</i>	pag.39
Tabla nº 5. Plan de Intervención de Seguimiento desde el C. S. de la Rochapea una vez en el domicilio. <i>Elaboración propia</i>	pág.44

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico nº 1. Datos de dependencia por grados 30-06-2018. Fuente: www.navarra.es	pág.15
Gráfico nº 2. Datos de dependencia por edad 30-06-2018. Fuente: www.navarra.es	pág.15
Gráfico nº 3. Datos de dependencia por sexo 30-06-2018. Fuente: www.navarra.es	pág.15
Gráfico nº 4. Proyecciones de población por sexo y edad 2016-2066. Fuente: www.ine.es	pág.22
Gráfico nº 5. Pirámide poblacional por sexo y edad de Navarra. Fuente: www.navarra.es	pág. 24
Gráfico nº 6. Evolución de los servicios para la dependencia en Navarra 2010-2017. Fuente: <i>Departamento de derechos sociales</i>	pág. 25
Gráfico nº 7. Pirámide poblacional de la Rochapea según sexo y edad. Fuente: www.navarra.es	pág. 29
Gráfico nº 8. Pirámide de cuidadores principales de la población de 65 y más años con dependencia,2008. Fuente: <i>Un perfil de las personas mayores en España, 2017.Indicadores estadísticos básicos. (INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia -EDAD-, 2008)</i>	pág. 30

INTRODUCCIÓN

Actualmente la sociedad sigue envejeciendo por diversos factores: el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad, un incremento en el porcentaje de enfermedades crónicas, un gran desarrollo a nivel científico, un gran cambio a nivel de la asistencia sociosanitaria... (1)(2)(3). Todos estos hechos hacen que la población sea más anciana, que presente un aumento de enfermedades crónicas y una pluralidad de patologías, siendo una de las causas de la dependencia que les impide realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma autónoma. Por lo que el propio Gobierno de Navarra ya ha empezado a actuar con distintas Estrategias y Planes de Salud (2)(4)(5)(6).

Estos pacientes al no poder realizar las ABVD, tienden a necesitar de ayuda para realizar dichas actividades, cada vez más precisan de una asistencia, de unos cuidados más específicos y una mayor dedicación tanto a nivel físico como psicoemocional por parte de la persona que asume los cuidados, generalmente es un familiar directo o próximo, al que denominamos “cuidador principal” (7)(8). Por ello, los cuidadores son una pieza fundamental en el bienestar de la persona dependiente, al igual que lo es para la sostenibilidad del sistema sanitario. Por esto es preciso que reciban ayuda, apoyo, orientación y recursos para poder realizar adecuadamente el cuidado (9)(10)(11).

Hay que tener en cuenta que la dependencia se puede producir de forma progresiva o de forma repentina tras un proceso agudo, no siendo exclusivo de las personas mayores, ya que se puede dar en diferentes edades y diversas causas, aunque la mayor prevalencia se observa a partir de los 65 años (4)(10)(12)(13).

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), diferencia tres tipos de grados de dependencia, la moderada, la dependencia severa y la gran dependencia, según el nivel de dependencia (13).

El *cuidador principal* “es quien asume la atención y el apoyo diarios de la persona dependiente, así como la mayor responsabilidad en su cuidado” (2)(14).

El perfil del cuidador principal es el de una mujer de mediana edad (57- 67 años), casada, familiar directo en primer grado y copresidente con la persona a la que cuida (cónyuge 40%, hija 32%), ama de casa y desvinculada laboralmente (1)(2)(14), con estudios primarios (60%) y escasa o nula formación asistencial, sin remuneración económica y con una jornada de trabajo sin límites establecidos, recayendo el peso y la responsabilidad del cuidado, aportan su tiempo, recursos monetarios y un desgaste de su propia salud (nivel físico, psíquico y social) (10)(11)(14)(15).

El rol del cuidador generalmente se percibe como una experiencia negativa, aunque también satisfactoria para el que ejerce ese cuidado (4). Las repercusiones negativas sobre el cuidador (físicas, psíquicas, conflictos familiares, decisiones legales difíciles, estrés laboral -dificultad en la conciliación-, estrés emocional, aislamiento social y sensación de aislamiento) pueden llegar a desarrollar “sobrecarga del cuidador”, también llamada “síndrome de burnout” o “síndrome del cuidador principal” (16)(17)(18)(8) con una mayor repercusión en relación al sexo (19), lugar de residencia, estado civil de la persona dependiente, si la persona cuidada es el padre o madre y si el cuidador no vive con la persona dependiente (10)(20)(21)(22).

La definición del Síndrome según Maslach y Jackson, quienes lo contemplaron como una respuesta inadecuada al estrés crónico, lo caracteriza por tres dimensiones: Cansancio o Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización o deshumanización (DP) y falta o disminución de la Realización Personal en el trabajo (RP) (16). Esto es causado por conflictos familiares (18), sobrecarga de tareas y roles en las mujeres y una dificultad para conciliar el cuidado con el trabajo (4)(19)(23). A esto tenemos que añadir los costes del cuidado a nivel económico, social y la propia salud del cuidador (23). También hay que destacar los aspectos positivos del cuidado (el amor, la atención, el cariño y la satisfacción, autorrealización, relación cuidador-cuidado) (24).

Las fases de adaptación del cuidado, las circunstancias que rodean a cada cuidador son distintas y afectan en la forma de enfrentarse a la nueva situación. Para adaptarse al cuidado se distinguen una serie de fases; sin embargo, por el número de variables no se producen en todos los casos por igual. Las fases de afrontamiento son similares las del afrontamiento del duelo, siendo en este caso: 1ª fase, *negación o falta de*

conciencia del problema. 2ª fase, búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles. 3ª fase, reorganización. 4ª fase, resolución (25)(26).

En la mayoría de los casos, la carga de los cuidados los asume la propia familia, teniendo una repercusión importante a nivel económico, emocional, familiar, laboral, y social (8)(12)(20)(27). Este modelo tradicional, basado en la familia, puede estar amenazado (14), por cambios en las estructuras de las familias con menos apoyo familiar y la incorporación de la mujer al mercado laboral (4)(19), la inseguridad laboral, la poca conciliación laboral, el descenso de la natalidad, el desapego familiar... (28)(29)(30). La OMS propone la involucración de la propia comunidad, como cuidadores, voluntarios, y distintos proveedores de servicios (31). Se confirma que “una adecuada red social es un factor protector para el cuidador familiar”, por lo que se plantea establecer políticas y programas dirigidos a los cuidadores familiares (32).

La enfermera comunitaria y la trabajadora social son la piedra angular del cuidado que se da desde Atención Primaria a los pacientes y sus familiares, a lo largo de todo el proceso, en este caso, de dependencia (2). En estos centros hay programas dirigidos a la población anciana o enfermos crónicos (33). Estos programas son un recurso a través del cual se proporciona a los cuidadores recursos, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento el cuidado (18)(15)(34)(35)(36) .

Desde el Plan de Salud de Navarra se plantea elaborar un Nuevo Modelo de Atención eficaz y orientado a las necesidades del paciente, garantizando una atención integradora de calidad orientada a las necesidades del paciente (2).

Un objetivo estratégico del Plan es prevenir la dependencia y para ello, entre otras acciones, se ha previsto la puesta en marcha de un nuevo “Programa de rehabilitación integral en el nivel primario de atención”. Desde dicho nivel parte la propuesta de este trabajo dirigido a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente (2).

Este trabajo está orientado a que todas las fases de cuidado principal desde que reciben la noticia al alta en el hospital, hasta el seguimiento en domicilio estén cubiertas.

JUSTIFICACIÓN

Justificación personal

Se plantea esta intervención, porque soy consciente de la gran repercusión que tiene el cuidado de una persona dependiente en el cuidador principal y su entorno y en los niveles de su vida. De igual forma se sabe que el impacto que se produce en el primer momento en que te conviertes en cuidador y toda tu vida organizada se convierte en caos, dudas en las decisiones a tomar, ignorancia en los cuidados a proporcionar y todas las emociones que surgen en el shock ante una nueva situación desconocida e imprevista (12)(25)(37)(38)(39).

Se plantea una primera intervención exprés en el hospital para concienciar a los profesionales de la importancia que tiene el que los cuidadores principales salgan del hospital con unos contenidos mínimos para poder comenzar el cuidado en el domicilio, y una segunda intervención de seguimiento una vez en domicilio planteada desde el centro de salud de la Rochapea y de forma individualizada en el domicilio, si se precisa (40)(41).

Viabilidad del tema objeto de estudio

¿Por qué es conveniente plantearlo?

Son muchos los estudios que hacen referencia a la importancia que tiene el cuidador principal en el cuidado de la persona dependiente y la repercusión que ello tiene en la sostenibilidad del sistema sanitario (2)(42). Hay cierta carencia de estudios del primer contacto con el cuidado, aunque hay una tendencia a trabajar sobre ello (25)(43) y de ahí mi innovación de comenzar la intervención desde el CHN y un seguimiento del Centro de Salud, en este caso, de la Rochapea. La figura del cuidador principal siempre ha estado ahí, sin darle la relevancia que se merece, especialmente por el sistema sanitario, aunque también por la propia persona dependiente y su entorno, incluso por la propia sociedad. Por eso la importancia de realizar una intervención con los cuidadores desde el primer momento, utilizando la alfabetización como recurso para empoderar al cuidador, es decir, darles autonomía,

autogestión y los conocimientos, habilidades y recursos para poder auto cuidarse, y realizar cuidados de calidad a la persona dependiente (44)(45).

¿Para qué sirve?

En diversas ocasiones los cuidadores tienen sensación de que su salud ha empeorado desde que comenzaron a cuidar a su familiar dependiente. Por ello es importante se le ofrezca adquirir los conocimientos y habilidades para que los cuidados básicos diarios, le resulten más fáciles y se sientan más seguros a la hora de realizarlos, se provoquen menos lesiones, y se cuiden tanto a nivel físico como emocional, sin perder de vista la realización de un buen cuidado, siendo útil el proporcionarles recursos disponibles y enseñarles cómo acceder a ellos (14)(46)(37)(35).

Para mejorar la calidad de vida del cuidador y de la persona dependiente en todos los ámbitos biopsicosociales, con una disminución en la carga de trabajo de los profesionales sanitarios y, a nivel del sistema sanitario, contribuyendo a su sostenibilidad con en una disminución del gasto sanitario (2)(36)(47).

¿Cuál es su trascendencia a nivel sociosanitario?

Nos fundamentamos en la posibilidad de realizar dicha intervención, basándonos en que el Gobierno de Navarra refleja el aumento de la población dependiente y la importancia del cuidado principal, en el Plan de salud de Navarra 2015-2020, y que una de las líneas estratégicas que sigue es la promoción de la salud, incorporando en dicha estrategia el proyecto de “Autocuidado y Promoción de la salud de las personas adultas. Escuela de pacientes” (2).

El programa de intervención que se plantea se considera que es viable porque ya hay talleres enfocados en el “cuidador principal/informal” que se están realizando en los Centros de Salud de Navarra. También en la documentación revisada hemos visto que, tanto por parte del Gobierno de Navarra como por parte del Ayuntamiento de Pamplona, se hace referencia a la figura del cuidador, y lo mismo sucede en el Plan De Salud De Navarra, Programas de Crónicos y la creación de un nuevo servicio por el SNS_O de Atención al Domicilio (2)(6).

La repercusión es importante porque al cuidar al cuidador, ayuda a su vez a cubrir las necesidades y los cuidados del familiar dependiente, lo que ocasiona menos gastos

al sistema sociosanitario, de ahí la gran importancia de que esta intervención se aplique a este grupo de la población que realiza cuidado principal y que va aumentando de forma exponencial (2)(48).

También fueron consideradas variables como la vulnerabilidad, factibilidad, coste beneficio, etc. pero estos factores tienen más influencia en la selección de las “acciones clave” a realizar en cada caso que en la propia priorización de los propios programas (2). La intervención sociosanitaria es esencial ya que es necesaria una acción intersectorial, en una sociedad que envejece (2)(6).

¿Quién se beneficia?

En primer lugar, se beneficia el cuidador principal, debido a que se busca mejorar su calidad de vida, dentro de la nueva situación en que se encuentra; en segundo lugar, la persona dependiente, ya que recibe un cuidado de mayor calidad, con más evidencia, por lo que previenen o retrasan posibles complicaciones consecuencia de su situación. En tercer lugar, el SNS_O y servicios sociales, ya que es un cuidado con su gasto correspondiente que no asume, ya que es asumido en su mayor parte por la familia (2)(49).

¿Ayudará a resolver algún problema práctico?

La intervención exprés ayuda a saber lo que es el cuidado, en qué consiste y qué consecuencias tiene y cómo prevenirlas. Así mismo, el cuidador principal sale del hospital con unos conocimientos mínimos sobre el manejo y los cuidados que necesita la persona dependiente. Pero como no es suficiente se considera la necesidad de realizar una intervención de seguimiento para afianzar los contenidos de la intervención exprés, aclarar dudas que puedan ir surgiendo y ser un pilar de apoyo fundamental para el cuidador principal (50).

Las intervenciones no se centran sólo en el cuidado sanitario, sino que se tiene en cuenta el “todo” tanto de la persona dependiente, como del cuidador y su entorno más cercano (8). Con la intervención que planteamos pretendemos conseguir que el cuidador entienda la importancia del cuidado y la de cuidarse en todos los aspectos de la vida mientras realiza el cuidado y hacer que sea proactivo en su rol de cuidador, así como poner a su disposición los recursos necesarios para mejorar y/o mantener

el estado de salud de ambos (cuidador, cuidado) (2)(28). Puede ser una de las acciones para mantener la sostenibilidad del sistema sanitario (2).

¿Qué aportamos al cuidado enfermero?

Con el programa de intervención aportamos calidad de vida al cuidador principal que también se debe considerar como cliente/paciente, y se le ha de proporcionar autonomía, conocimientos, habilidades sobre el proceso en el que se encuentra o está en riesgo de estar. De esta forma, evitamos complicaciones que puedan suponer un riesgo para su salud, haciendo hincapié en el estado emocional, seguridad, confianza en sí mismo, herramientas de ayuda para resolver distintas necesidades, tanto para el cuidador como para la persona dependiente...(2)

Además se pretende mejorar la calidad de los cuidados tanto del cuidador como de la persona dependiente y de gestionar los sentimientos y emociones, tanto las positivos (satisfacción) como los negativos (sensación de impotencia, de culpa, de soledad, preocupación, tristeza, ...)(2)(46)(51).

En relación con la utilidad y conveniencia del estudio

¿Se podrán generalizar los hallazgos?

Se considera que sí se pueden generalizar los hallazgos, ya que el taller exprés para los profesionales se puede impartir a todo el personal (enfermería, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores) y ellos han de encargarse de que el cuidador principal salga con unos conocimientos básicos sobre el cuidado y cómo realizarlo a su familiar dependiente. Y luego desde el Centro de Salud (CS), en este caso, de la Rochapea, realizar una intervención de seguimiento, mediante dos métodos de intervención, uno mediante talleres preparados para el cuidador principal y el otro de forma individualizada en el domicilio. Esta intervención que se plantea llevar a cabo desde el CS Rochapea se puede realizar en el resto de los centros de salud, ya que en muchos de ellos ya existe un taller dedicado a los cuidadores, como, por ejemplo: Los Arcos, Zizur, Leitza, Burguete, Ultzama, Elizondo, Valtierra, San Adrián, Carcastillo, Barañain, Chantrea, Buztintxuri, Il Ensanche. Se conseguirá de esta forma que la muestra sea más amplia y los resultados se puedan generalizar.

Nuestro objetivo, la prevención, tiene una repercusión en la salud de la persona dependiente y del propio cuidador. Para ver si la intervención es efectiva, hay que analizar si se ha detectado algún problema, si se empeora la salud de ambos y/o se han puesto medios para disminuirlos o eliminarlos. De ahí la importancia del seguimiento, mediante las escalas de valoración como las escalas de sobrecarga de Zarit (ZBI) y escala de ansiedad de Hamilton (HAS). Y cada vez hay más comunidades y servicios de salud que trabajan interviniendo de manera proactiva (escuela de pacientes) sobre la alfabetización del cuidador informal (23)(42)(52).

¿Qué necesidades se satisfacen con los resultados?

La intervención satisface las necesidades de las dos personas involucradas (persona dependiente y cuidador). Como hemos mencionado anteriormente, cada individuo tiene sus propias necesidades, se ha de realizar la intervención visualizando a la persona dependiente y al cuidador como un “todo” (biopsicosocial), no siendo fácil cubrirlas todas de forma general. Pero las necesidades fundamentales sí que se han de intentar cubrir, y para ello es preciso tener los conocimientos mínimos para poder ofrecer dichos cuidados tanto las ABVD (higiene, WC, movilización, deambulación, alimentación, ...) como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (53) y es fundamental aprender a auto cuidarse, en todos los ámbitos psico-físicos, emocionales, sociales, incluso en el ámbito económico (14), detectando los signos y síntomas de alerta, conocer y hacer uso de los recursos disponibles y ser capaz de pedir ayuda...(19)(45)(50)

¿Qué prioridad tiene la solución del problema?

La alfabetización de los cuidadores es fundamental en las dos fases, aunque tiene más prioridad en la primera fase, intervención exprés, ya que es el momento en el que se enfrenta a algo nuevo para él, algo desconocido (25). En la primera intervención tiene una repercusión importante en el afrontamiento de la nueva situación, el organizar los cuidados, el adquirir conocimientos y habilidades sobre los cuidados básicos. En la segunda intervención es fundamental para reforzar y aclarar dudas en los cuidados, ya que es de seguimiento, por lo que se profundizan los contenidos de los cuidados diarios de las personas dependientes afectando al

entorno familiar y social y repercutiendo en la sostenibilidad el sistema sanitario, teniendo en cuenta que cada vez la población está más envejecida y por lo tanto cada vez hay más cuidadores, los cuales en su mayoría son mayores (25)(46).

¿Cuál es el interés personal/profesional, institucional y/o social del problema seleccionado?

Como interés personal, los cuidadores encontrarán seguridad en ellos mismos al realizar los cuidados, así como satisfacción por adquirir los conocimientos y habilidades para dar una mejor atención a la persona dependiente. Al ser consciente de los riesgos que conlleva el cuidado, utilizar los recursos y técnicas útiles para disminuir los aspectos negativos y fomentar los positivos que provoca la carga del cuidado, y un autocuidado para prevenir posibles enfermedades y que se vea lo menos afectada posible la vida del propio cuidador (52)(46).

El interés de la persona cuidada para recibir unos buenos cuidados siendo visualizado como un ser biopsicosocial y teniendo en cuenta su entorno, su situación, sus fortalezas, sus debilidades, para actuar sobre ello (46)(54).

El Interés de los profesionales, porque se invierte menos tiempo en la alfabetización en el cuidado que en las consecuencias que tiene un mala gestión del cuidado, tales como el aumento de tiempo y de recursos sanitarios utilizados, con su consecuente aumento de gasto sanitario. Por eso es mejor trabajar en la prevención mediante una intervención en lo referente al cuidado de las personas dependientes y cuidadores principales, consiguiendo que sean menos necesarios los servicios técnico-sanitarios y si el cuidador ayuda a identificar signos de riesgo de forma precoz, se puede actuar de manera temprana (46)(54).

El proyecto que nos ocupa está planteado en tres ideas básicas: la primera, abordar los cuidados hacia la persona dependiente fomentando la autonomía; la segunda cómo cuidar cuidándose sin que suponga un riesgo para su salud y por último abordar los recursos sociales de apoyo (41)(45).

Consideraciones éticas

Aplicamos los principios éticos planteados por T. Beauchamp y J. Childress en Principles of Biomedical Ethics: (22)

El programa de intervención que se plantea responde al principio de autonomía, porque se le ofrece la información de los contenidos de la intervención exprés y de seguimiento. Los beneficios, ventajas y los aspectos positivos que le puede ofrecer la intervención sociosanitaria, para el afrontamiento de la nueva situación, el nuevo rol de cuidador principal y en el correcto cuidador, siempre desde una perspectiva realista. Después de tener la información correspondiente es el cuidador el que decide si asiste o no al taller. La participación siempre es de forma voluntaria. De igual forma se les intenta proporcionar las herramientas para que las tengan a su disposición y puedan hacer uso de ellas cuando crean conveniente, ofreciendo diversas alternativas a su situación. De esta forma se intenta prevenir el "cansancio del rol del cuidador".

La intervención que se propone se ajusta al principio de dignidad, ya que todos los contenidos y actividades, se elaboran desde el respeto a la persona como un "todo" y la humanización con el paciente dependiente y con los cuidadores principales.

El plan de intervención alcanza el principio de beneficencia, ya que lo que se plantea va en beneficio de la persona dependiente, pues se pretende que reciba una mejor calidad de cuidados en todos los aspectos de la persona, exponiéndose a menos riesgos. Además, como también está enfocado en el cuidado del cuidador, por la repercusión que tiene el cuidado y la carga que ésta supone, tanto a nivel físico, psicológico, emocional... por ello nuestros contenidos buscan el beneficio y mejorar la calidad de vida tanto de la persona dependiente, como del cuidador.

La intervención sanitaria se plantea tanto a la persona dependiente como a la persona cuidadora, ya que tiene derecho y se ofrece la intervención de manera equitativa y apropiada sin negar a nadie el bien que se busca con nuestro taller, desde el punto de vista personal, profesional y como sociedad.

Análisis contextual del problema

Justificación política

En Navarra, el sistema de protección y atención a la dependencia se basa en dos normas que mantienen el sistema actualmente: La Ley foral 15/2006 de Servicios

Sociales y La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (2).

Navarra aprobó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales (en adelante Ley Foral de Servicios Sociales), que establece el derecho de las personas dependientes a los servicios sociales y lo extiende al resto de colectivos, como son las personas mayores, discapacitados... (2)

Tanto la Ley General de Sanidad como la Ley Foral de Salud establecen el Plan de Salud como instrumento de planificación estratégica sanitaria, el cual es remitido al Parlamento de Navarra, que es quien lo aprueba en última instancia (2).

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020, aprobado por el Parlamento y basado en el Plan anterior, definió cinco áreas de intervención: "Prevención de problemas de salud colectiva, Cuidados por procesos, Organización y gestión del sistema sanitario, Satisfacción del ciudadano, Utilización de medicamentos e información clínica"(2).

La ejecución del Plan de Salud no se ha establecido como en un principio se esperaba en todas las áreas, posiblemente por "problemas de divulgación o por falta de instrumentos estratégicos", aunque es de interés el Plan de Salud especialmente por sus actuaciones, objetivos, prioridades y áreas de actuación. La Ley 3/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, describe la necesidad de evaluación del impacto en salud, especialmente las normas, planes, programas y proyectos que más repercutan en la salud... (2)

"En los últimos años los indicadores que hacen referencia al nivel de salud de Navarra son en general muy favorables". Navarra presenta la esperanza de vida al nacer más elevada y sigue aumentando, por el descenso de muertes, especialmente de origen cardiovascular y accidentes de tráfico (2).

En el Plan de Salud de Navarra se menciona que Navarra disfruta de un entorno general saludable, una alimentación equilibrada y variada, una calidad del aire y de agua de consumo adecuada y una buen gestión de los residuos. De igual forma se tiende a disminuir los riesgos laborales. El contexto socioeconómico se ha ido modificado de manera muy significativa ya que la crisis ha influido en la tasa de desempleo, trascendiendo en los indicadores de cohesión social y repercutiendo en

los colectivos más desfavorecidos. De igual forma influye negativamente en el acceso a la salud de las personas y por tanto en su salud (2).

La sociedad actual se caracteriza por la diversidad, que influye tanto en los determinantes socioeconómicos como en los “culturales, valores, estilos de vida, modos de relación social, etc.” y se establecen nuevos problemas de salud. En 2010 el porcentaje de población de 25-64 años en Navarra que ha alcanzado al menos el nivel de segunda etapa de Educación Secundaria es de 62,5%, siendo superior al de España (52,9%). El índice de abandono escolar en España, en el año 2012, ha disminuido respecto a 2008 que era 19,2%, en Navarra es inferior a la media española (24,9%) y se sitúa ligeramente por debajo de la media de la Unión Europea (13,5% en 2011). Según las encuestas de 2012, en el sector de servicios hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres, estos últimos se dedican más a la industria, construcción y agricultura. El modelo de hogar que predomina en Navarra, es el de pareja sin hijos dependientes (27,9%), seguido muy de cerca por la pareja con hijos dependientes (27,4 %) y por hogares unipersonales (20,6%) (2).

Según el patrón epidemiológico y de los hábitos de la población, resulta indispensable que el Sistema Sanitario garantice y elabore estrategias activas que motiven más implicación y formación del ciudadano en el cuidado de su propia salud, mediante conductas y estilos saludables de vida. La dependencia empeora la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar, surgiendo unas necesidades que necesitan de una intervención sociosanitaria, por lo que en Navarra se crea un nuevo modelo de atención centrado en las necesidades del paciente (2).

El Plan de Salud de Navarra se dirige a desarrollar un Nuevo Modelo de Atención eficiente y centrado en el Paciente, garantizando una atención integradora de calidad orientada a las necesidades del paciente (2). Referente al tema que nos ocupa, se ha elaborado por parte del Gobierno de Navarra un folleto “Cuidar y cuidarse”, siendo muy útil como herramienta y seguir trabajando en ello. (Anexo 2)

Según las Memoria del Ayuntamiento Pamplona, 2016

El Ayuntamiento de Pamplona impulsa en 2016 una Oficina Estratégica para coordinar diferentes áreas para iniciar proyectos de innovación en la gestión

municipal, mediante un trabajo multidisciplinar, siguiendo el plan estratégico y de esta forma generar una “mayor cohesión social, más diversa, abierta, acogedora, accesible y sostenible”, siendo preciso reflexionar y estudiar la problemática, las oportunidades que ofrece la ciudad y buscar nuevos proyectos para los nuevos entornos socioeconómicos (56).

Según los datos demográficos de personas con valoración de dependencia, obtenidos de la página del gobierno de navarra (www.navarra.es), a fecha de 30-06-2018 el número de población valorada como dependiente es de 15.537, los dependientes reconocidos con Grado III (gran dependiente) en 3.261, los de Grado II (dependencia severa) en 5859 y en Grado I (dependencia moderada) en 6.417. (tabla nº 1)(57)

Tabla nº 1. Datos demográficos de personas con val. Dependencia 30-06-2018

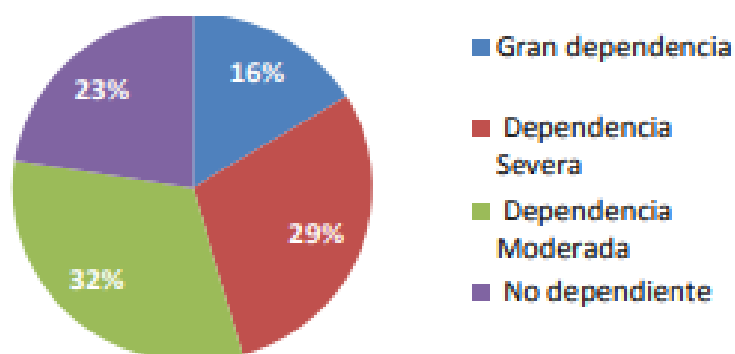
Grado de dependencia	Número de personas agrupadas
Gran dependencia	3261
Dependencia Severa	5859
Dependencia Moderada	6417
TOTAL	15537

Fuente: www.navarra.es

En el año 2018 creció el número de personas reconocidas como dependientes. Siendo en mayoría la presencia de moderadas y de mujeres, con un importante incremento de servicios y prestaciones económicas, compatibilizando cada vez más ambas cosas (58).

Se puede confirmar que la dependencia moderada es la más numerosa y va disminuyendo el porcentaje de dependientes en función del agravamiento de ésta, tal y como se muestra en el siguiente gráfico (gráfico nº 1).

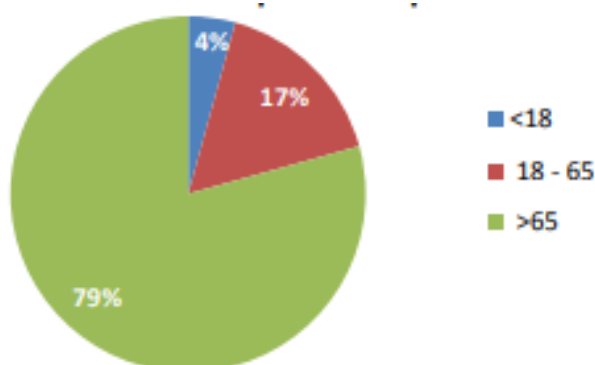
Gráfico nº 1. Datos de dependencia por grados 30-06-2018



Fuente: www.navarra.es

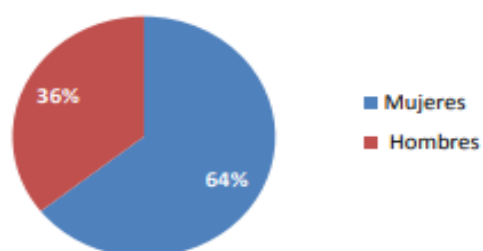
Como se ha comentado anteriormente la dependencia se da en todas las edades, evidenciándose casi la totalidad en mayores de 65 años. Pero todos precisan de unos cuidados, de un cuidador principal con los mejores conocimientos, habilidades, recursos y unos apoyos por parte de enfermería en todas las fases. (gráfico nº 2)

Gráfico nº 2. Datos de dependencia por edad 30-06-2018



Fuente: www.navarra.es

Gráfico nº 3. Datos de dependencia por sexo 30-06-2018



Si se atiende al número de solicitudes de mayores de 65 años, se deduce que la dependencia afecta mucho más a las mujeres que a los hombres, entre otras cuestiones, debido a que viven más años que estos. (gráfico nº 3)

Fuente: www.navarra.es

En Navarra se ofrecen diversos servicios como: Prevención de las situaciones de dependencia, Servicio de teleasistencia, Servicio de ayuda a domicilio, Servicio de centro de día y dentro de noche, Servicio de atención residencial. De igual forma se ofrece prestación económica, que se suele individualizar según las necesidades y los servicios que se reciben. Las prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, se da de forma excepcional, teniendo en cuenta el grado de discapacidad reconocida del beneficiario y su capacidad económica y el cuidador debe cumplir las normas reglamentarias de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social. La Prestación económica de asistencia personal se ha determinado para promover la autonomía personal (58).

OBJETIVOS

Principal

Alfabetizar al cuidador principal, desde la prealta hospitalaria, y realizar en el domicilio el seguimiento desde el centro de salud de la Rochapea.

Secundario

- 1.- Formar a los profesionales del CHN en un taller exprés para impartir al cuidador principal los conocimientos y habilidades que se hayan concretado en la prealta.
- 2.- Alfabetizar al cuidador principal a dos niveles, para el cuidado del paciente y para el autocuidado del propio cuidador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Cronograma del trabajo. (Anexo nº 1)

Diseño

La metodología empleada para la revisión bibliográfica, ha sido la consulta de forma sistemática en diversas bases de datos, páginas web sanitarias de referencia, buscadores y en la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra (UPNA), buscando información y estudios, acerca de los conocimientos, necesidades, riesgos, recursos y las formas de afrontamiento de la nueva situación desconocida, la situación de cuidador principal de una persona dependiente ya sea de mayor o menor duración, y de más o menos dependencia.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en las bases de datos específicas de ciencias de la salud Pubmed, CINAHL complete, Dialnet, Science direct, Tesis doctoral en red y Biblioteca Cochrane Plus... De igual forma se realiza la búsqueda de páginas oficiales, como IEN, INE, Gobierno de Navarra, País Vasco/Osakidetza... También se emplea el “Principio de bola de nieve” para revisar referencias bibliográficas citadas dentro de la literatura consultada que por su título podían ser relevantes para el tema de investigación.

En la búsqueda se han empleado distintas combinaciones con las siguientes palabras claves:

1. En español: “cuidador principal”, “dependencia”, “sobrecarga”, “anciano dependiente”, “recursos”, “cuidador informal”, “Síndrome Burnout”, “cuidados” “formación”.
2. En inglés: “main carer”, “dependence”, “overload”, “resources”

Los operadores booleanos empleados han sido, en español ("Y", "O") y en inglés ("AND", "OR"). Así mismo se ha utilizado el método de truncamiento (*) para incluir tanto los singulares como los plurales de los términos de búsqueda.

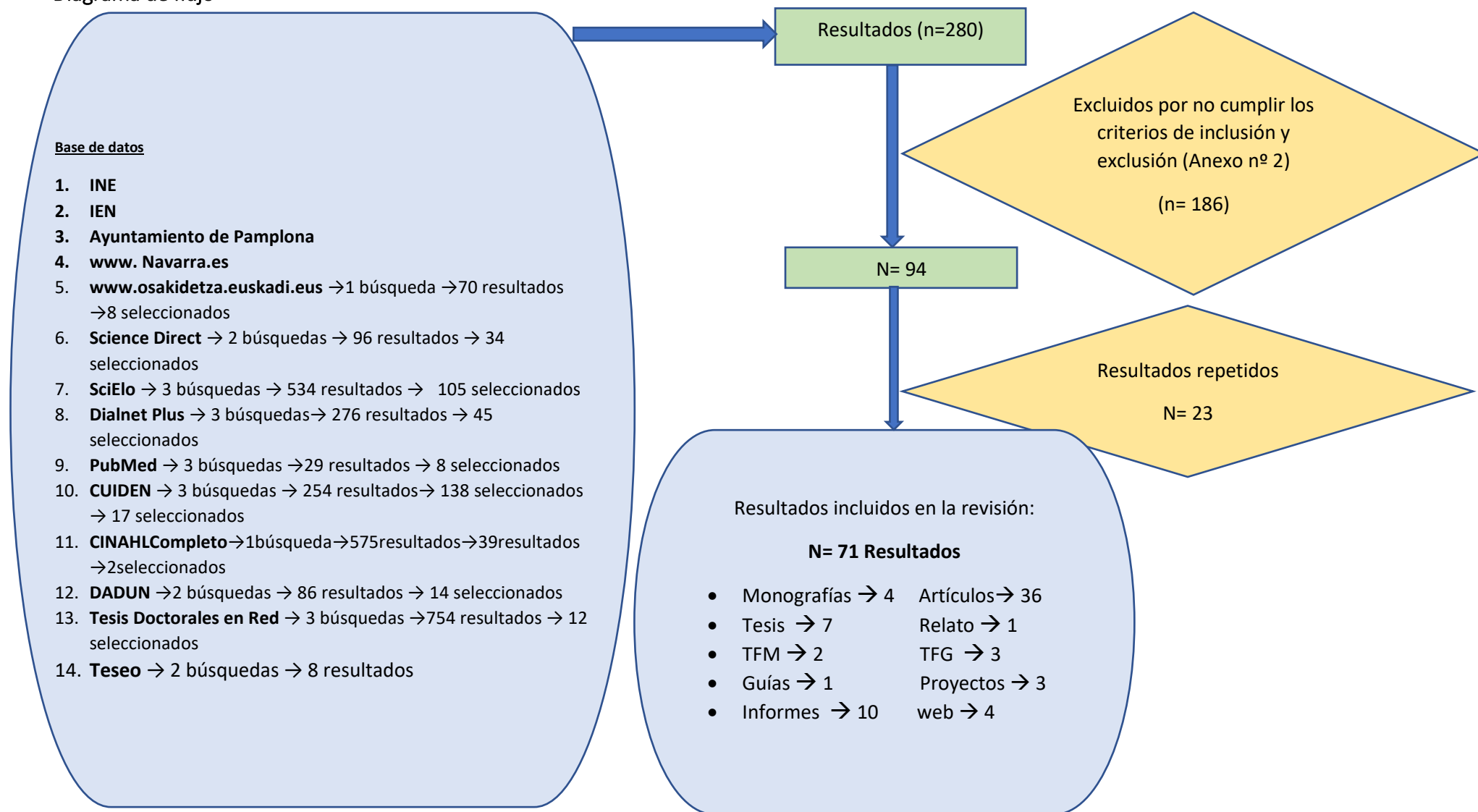
El periodo de búsqueda bibliográfica comenzó en octubre de 2018 y finalizó en febrero de 2019, recabando documentación del año 2010 hasta la actualidad; en ocasiones debido a los pocos documentos encontrados o por su contenido relevante

se alargó el periodo de tiempo. Una vez finalizada la búsqueda se llevó a cabo una selección de los documentos que por su título y resumen tenían relación con el tema objeto de estudio. Para la selección de artículos se siguen los criterios de inclusión y exclusión que se reflejan en la tabla (Anexo 3).

Finalmente se ha analizado, evaluado y seleccionado la información obtenida de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión mediante una lectura, análisis crítico de la bibliografía consultada para luego presentar un resumen y conclusiones de los datos más relevantes obtenidos. De este modo, se configura el material para elaborar una intervención en dos fases:

1. Primera fase, un proyecto de alfabetización exprés como enfermera de enlace desde el centro de atención primaria al hospital. Finalidad: conocimientos básicos para el cuidador y reducir ansiedad ante la situación.
2. Segunda fase, proyecto de alfabetización de seguimiento en domicilio. Finalidad, asentamiento de las dudas en la práctica del cuidado, y proteger la salud del cuidador principal.

Diagrama de flujo



Población Diana

Se decide plantear el proyecto desde el CS de la Rochapea, una vez consultadas las tablas de población proporcionadas por el Ayuntamiento de Pamplona que indican que la mayoría de las atenciones proporcionadas por UB se centran en Rochapea (7.846), Milagrosa (7.156) y Chantrea (4.766) (aunque en este último la tendencia es a remitir), frente a las que tuvieron menos intervenciones, como son Ermitagaña (1.060), Buztintxuri (1.793) y Echavacoiz (1.916) (56).

El Ayuntamiento de Pamplona dispone de un presupuesto total de 205.6 millones de euros en 2016 y es de las UB donde se gestionan las prestaciones relacionadas con pacientes dependientes. Según los datos del Ayuntamiento de Pamplona 2016, la Rochapea tiene una población con más reconocimiento de Dependencia de 92 prestaciones reconocidas y un población individual de atención (P.I.A.) de 71. En el lado contrario está el barrio de Buztintxuri con 12 prestaciones reconocidas de dependencia y 9 de P.I.A. De igual forma es el barrio con más ayuda económica y cuidados en el entorno familiar, un total de 388 personas receptoras de estas ayudas, frente a las 100 personas que reciben en el barrio de Buztintxuri (56).

Según la información del Mapa de Activos de la Zona, en el CS Rochapea, se realizan las Actividades Centros de Salud, mediante diversos talleres como: “Manejo de la ansiedad y/o estrés”, “Ayuda para dejar de fumar”, “Espalda”, “Diabetes”, “Prevención de caídas”, “Lactancia materna”, “Primeros auxilios en la infancia”, “Alimentación complementaria de los 6 meses a los 3 años”, “Promoción del ejercicio físico en personas mayores frágiles”, “Hábitos saludables”, “Autocuidados en la diabetes” y “Voluntades anticipadas”.

La población del barrio de la Rochapea está envejecida, con un alto porcentaje de dependencia, sumado a la ausencia de talleres dirigidos a las personas dependientes y a sus cuidadores (sin embargo, sí lo hay en el C.S. Buztintxuri, entre otros), es lo que bascula la elección de esta población diana.

Métodos de valoración

En la valoración de la búsqueda se tienen en cuenta que sean artículos de Journal Citation Report (JCR) o bien artículos indexados, y en cuartiles, todos ellos de Ciencias de la Salud.

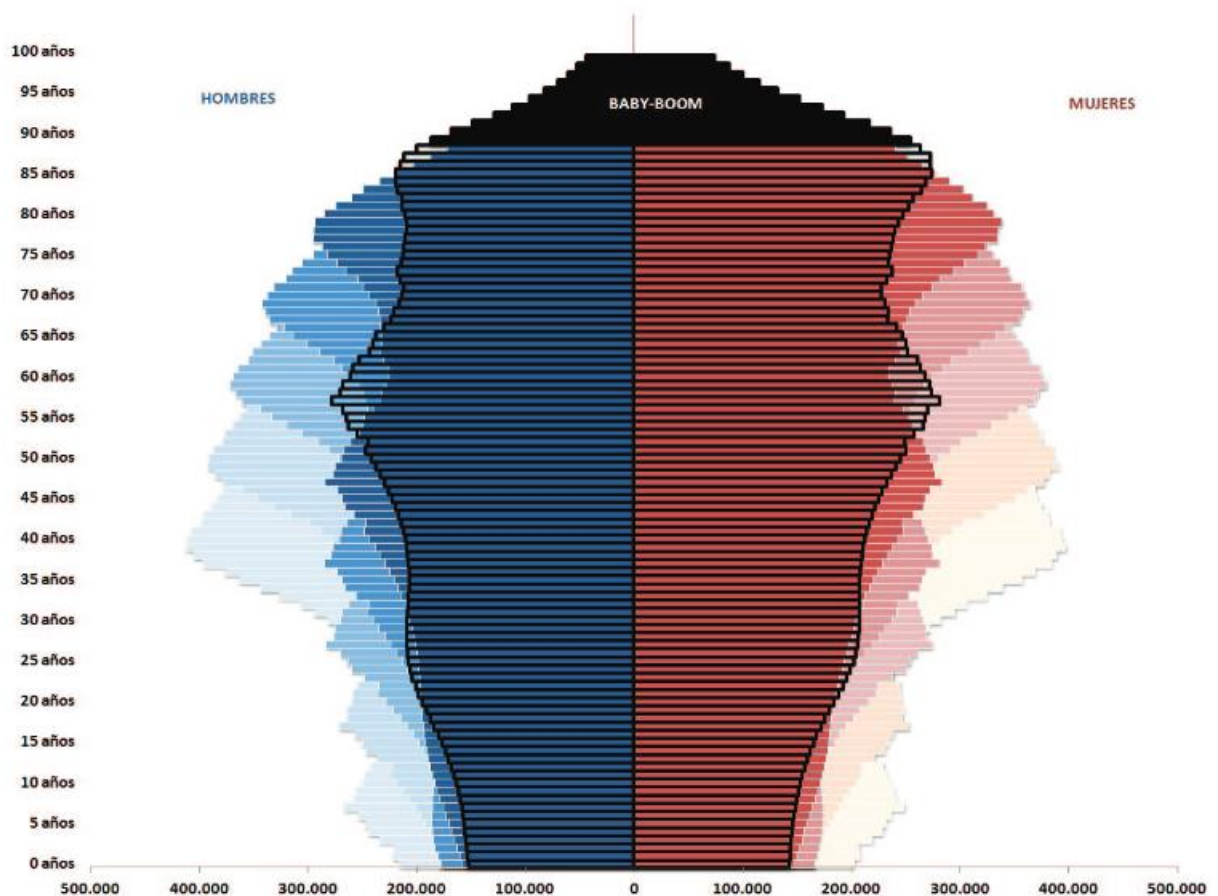
RESULTADOS /DESARROLLO

Análisis Estadísticos

España

Según los datos del Instituto Estadístico Nacional (INE), que reflejan autores como Antoni Salvà et al., es un hecho sociológico importante el proceso de envejecimiento que sufre la sociedad española, donde sigue creciendo la población octogenaria (hoy el 6,1% de la población) (Gráfico nº 4)(30)

Gráfico nº 4. Proyecciones de población por sexo y edad 2016-2066.



Fuente: www.ine.es Proyección de la población de España 2016-2066

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, los hombres destacan disfrutar de mejor estado de salud que las mujeres. La percepción de un buen estado de salud disminuye con la edad, especialmente con una peor percepción en las mujeres en todas las edades y en general todos llegando a los 75 años (29). Relativo a la salud, se pretende mejorar la calidad de vida mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, sin embargo, la salud disminuye según aumenta la edad, aumentando las enfermedades, la discapacidad, la dependencia y por ello la pérdida de calidad de vida (36)(59)(60).

El nivel socioeconómico está relacionado con el estado de salud percibido, a menor clase social, más disminuye la valoración positiva del estado de salud, siendo más positiva en los hombres que en las mujeres (61).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2017 los problemas de salud crónicos aumentan de igual forma con la edad, siendo más relevantes en las mujeres en todas las edades. Los problemas más frecuentes en mujeres son la osteoarticular (excluyendo artritis), el dolor de espalda crónico lumbar y cervical. Para los hombres, la problemática más habitual es la tensión, el colesterol alto y el dolor de espalda crónico lumbar. Los hombres tienen más autonomía funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que las mujeres, y las limitaciones más frecuentes son las de movilidad (sentarse y/ levantarse), tareas domésticas, cuidado e higiene personal (asearse, vestirse...), alimentación... (2)(59)

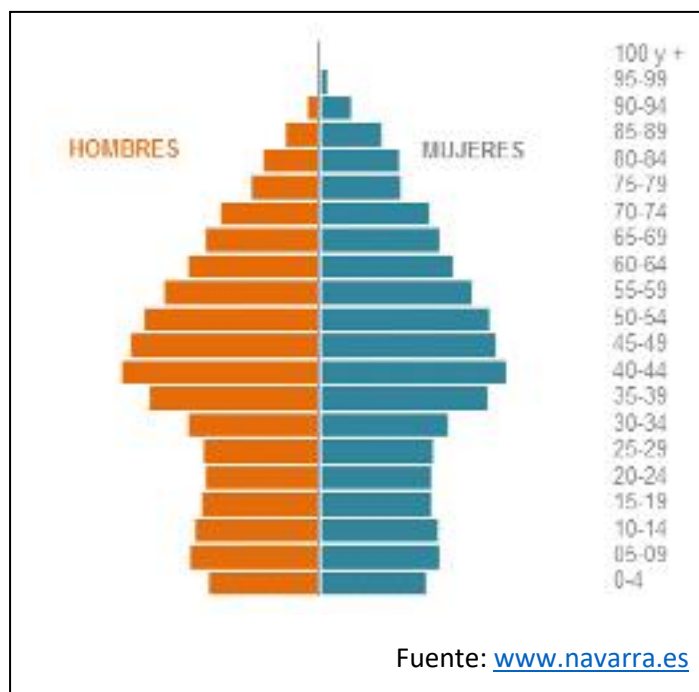
Según la OMS, la condición de salud está relacionada con los factores contextuales, laboral, personales y ambientales de la persona, lo que influye a su vez en el envejecimiento de la población (una proyección que va en aumento según las estimaciones previstas por INE) que se debe según los estudios por un aumento en la esperanza de vida, una disminución de la tasa de natalidad, avances tecnológicos y sanitarios. Este envejecimiento tiene una repercusión socioeconómica importante en la población (47)(60)(63).

En España, M^a Teresa Montes Sampedro señala la necesidad de que el Estado debe responder a las demandas y a las necesidades de la población, especialmente la dependencia. Para ello en el año 2006 se elabora la Ley 39/2006, del 14 de diciembre,

promoción de la autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), y es en 2007 cuando se regulan los servicios sociales y las condiciones básicas que garantizan la igualdad, la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. Por ello, el creciente número de personas mayores y/o dependientes conlleva un incremento del gasto público tanto en los servicios sociales como sanitarios a nivel estatal y autonómico (47).

Navarra

Gráfico nº 5. Pirámide poblacional por sexo y edad de Navarra



Según los datos provisionales del Padrón de Navarra (www.navarra.es), la población residente en Navarra va aumentando por segundo año consecutivo (Gráfico nº 5). El 50,6% de la población navarra es femenina. La edad media de la población empadronada es de 43 años. Existe un aumento de la población de 25-64 años con nivel de

estudios de secundaria. Según la encuesta de Población Activa de 2012, la mayoría de las mujeres trabajan en el sector servicios, mientras que los hombres trabajan en la industria, construcción y agricultura (2)(57).

En estos últimos años en la Comunidad Foral hay una tendencia al incremento de pacientes crónicos, consecuencia del envejecimiento progresivo y los avances en sanidad. Nuestro trabajo es considerar todas las posibilidades de actuación ya que desde los Centros de Salud se llevan a cabo estrategias para disminuir la dependencia y el gasto sanitario, trabajando sobre el envejecimiento saludable y activo de la

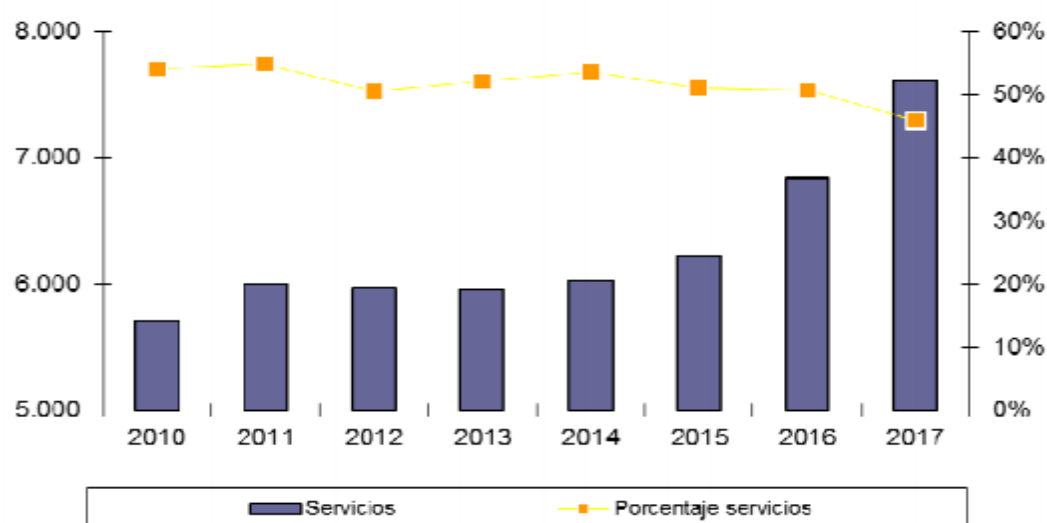
población, consiguiendo que el paciente forme parte de su autocuidado, dándole responsabilidad, empoderamiento en conocimientos y en gestión de su enfermedad(2).

Según los datos de la Agencia Navarra de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia se repite el aumento de personas dependientes en la población de Pamplona y su Comarca. Según los datos ofrecidos por el IEN, hay un mayor porcentaje de personas dependientes de mayor edad respecto a los de menor edad, con causas diferentes que provocan dicha dependencia: hasta los 17 años “retraso mental, retraso o trastorno del desarrollo, enfermedades degenerativas, accidentes”, de 18 a 34 años se dan “trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, accidentes” y en las personas mayores “demencia, enfermedades cardiovasculares,...”(63).

En Navarra, el sistema de protección y atención a la dependencia se basa en la Ley foral 15/2006 de Servicios Sociales y La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, que regula el derecho de las personas en situación de dependencia y su derecho a ser atendidas. Así mismo, se aprobó la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, que establece el derecho de las personas dependientes, personas mayores y con discapacidad a los servicios sociales y las condiciones de estos colectivos. Las obligaciones del Gobierno de Navarra están sujetas cada año a la partida presupuestaria (58)(59)(60).

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) cuenta como ayuda económica los cuidados en el entorno familiar, considerando las Prestaciones Vinculadas al servicio (PVS) y la de asistente personal como servicios. En el siguiente gráfico (gráfico 6) se observa el aumento progresivo del número de servicios para la dependencia, con un descenso de la prestación de estos en el total de atenciones. Este descenso es causa de las prestaciones económicas que han aumentado incluso a un ritmo mayor que los servicios (58).

Gráfico nº 6. Evolución de los servicios para la dependencia en Navarra 2010-2017.



Fuente: Departamento de derechos sociales

Relación de servicios y ayudas económicas por grados de dependencia (58):

- Gran dependencia, dependencia severa y moderada: Promoción de la autonomía personal: Ayudas económicas para cuidador informal, para la permanencia en el domicilio y apoyo a las familias. Servicio telefónico de emergencia. Transporte adaptado y asistido. Centro de día. Estancia diurna en residencias.
- Gran dependiente y con dependencia severa: De atención en centros: Atención residencial, Ingresos temporales en residencias.

La Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General distingue tres tipos de Servicios: Atención ambulatoria, Atención residencial y Atención diaria (diurna o nocturna) (58).

Pamplona

El área de Acción Social y Desarrollo Comunitario de Pamplona facilita el acceso a la persona dependiente y su cuidador al sistema público de servicios sociales municipales, para cubrir sus necesidades. Mediante las Unidades de Barrio, se busca prevenir la dependencia, promover la autonomía de la persona dependiente y la atención a estas personas(56). Pamplona tiene doce UB: Casco Antiguo, Chantrea, Etzabakoitz, Ensanche, Ermitagaña, Iturrama, Mendillorri, Milagrosa, Rochapea, San

Jorge, San Juan y Buztintxuri. En 2016 las UB de Pamplona ofrecieron 43.391 atenciones, una cifra que se ha ido incrementando progresivamente desde las 23.576 atenciones del año 2008. (Tabla nº 2) (56).

Tabla nº 3. Numero de atenciones por UB de Pamplona

AÑO	2012	2013	2014	2015	2016
Nº Atenciones	36.038	37.468	42.647	41.667	43.391

Fuente: Memoria del Ayuntamiento de Pamplona

La mayor cantidad de atenciones se centra en Rochapea, Milagrosa y Chantrea (aunque en este último la tendencia es a remitir) (56). Destaca el incremento de atenciones en las Unidades de Barrio de Mendillorri e Iturrama como se aprecia en la tabla siguiente (tabla nº 3) (56).

Tabla nº 3: Atenciones de 2016 en las diferentes de las Unidades de Barrio (UB)

UNIDADES DE BARRIO	2016 (nº total)	2016 (porcentaje %)
BUZTINTXURI	1.793	4,13
CASCO VIEJO	3.337	7,69
CHANTREA	4.766	10,98
ECHAVACOIZ	1.916	4,42
ENSANCHE	3.514	8,1
ERMITAGAÑA	1.060	3,71
ITURRAMA	2.422	5,58
MENDILLORRI	2.654	6,12
MILAGROSA	7.156	16,49
ROCHAPEA	7.846	18,08
SAN JORGE	3.484	8,03
SAN JUAN	2.893	6,67
PAMPLONA	43.391	100

Fuente: Memoria del Ayuntamiento de Pamplona

El Programa de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia planteado por el Ayuntamiento de Pamplona ofrece recursos para promover la autonomía personal, prevenir situaciones de dependencia y atender necesidades de personas con dificultades en la autonomía y dependientes, en su medio habitual. Cuando es necesario permite, además, acceder a recursos alternativos a la permanencia en el domicilio mediante una atención individual, grupal y comunitaria (56).

El Servicio de Atención a Domicilio (SAD), con un gasto ejecutado de 4.769.793 euros en 2016, ofrece a la persona destinataria atención directa en el propio hogar de hasta un máximo de dos horas diarias. Este año 1.152 personas utilizan alguna de sus prestaciones. Desde las empresas públicas y privadas se realizan un total de 176.011 horas de atención personal directa en 998 domicilios. Además, se sirven 80.528 comidas y 16.729 cenas a 384 personas, con diferentes menús adaptados a las necesidades de las personas usuarias. Finalmente, se prestan 865 servicios de lavandería para 24 domicilios (56).

La ayuda económica para cuidados de personas dependientes en el entorno familiar se destina a personas en situación de dependencia en grado III, grado II o grado I que estén siendo atendidas en el entorno familiar. Las personas beneficiarias de estas ayudas en 2016 son 2.984, de ellas el 68% mujeres y el 32% hombres. En este caso, el barrio que más personas perceptoras tiene es Rochapea (13%), seguido de Milagrosa (12%) y Chantrea (casi 12%) (56).

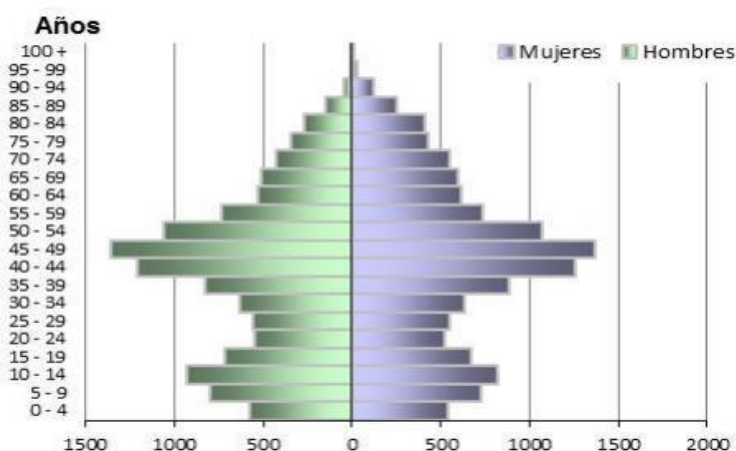
Casi el 40% de las personas perceptoras (1.193) están en la franja de 80 a 94 años y, tras ellas, se sitúa la horquilla de 45 a 64 años (14%), aunque en realidad los porcentajes de personas mayores de 65 años (58%) y menores de 65 años (42%) no distan significativamente. Hay, además, menores de 18 años que generan derecho a prestación al encontrarse en situación de dependencia (4,39%) (56).

Rochapea

La zona básica de Rochapea, perteneciente al municipio de Pamplona y situada en la margen derecha del río Arga, es la más poblada de toda Navarra, alcanzando la cifra de 25.072 habitantes. Es una de las zonas básicas con mayor tasa de riesgo de pobreza severa (11,3%), menor tasa de natalidad en 2015 (7,0‰), menor índice de dependencia senil (24,9%) y menor porcentaje de hogares unipersonales de hombres con más de 80 años (15,5%). Su pirámide poblacional muestra una población principalmente compuesta por matrimonios con edades entre 35-55 años, con hijos

Gráfico nº 7.

Pirámide poblacional de la Rochapea según sexo y edad.



Fuente: www.navarra.es

menores de 15 años (gráfico nº 7). Los indicadores de estilos de vida, de empleo y nivel de estudios, a la que pertenece la zona básica de Rochapea señalan que el 39,1% de los jóvenes de la zona declaran realizar consumos intensivos de alcohol y el 20,8% consumen tabaco diariamente (63).

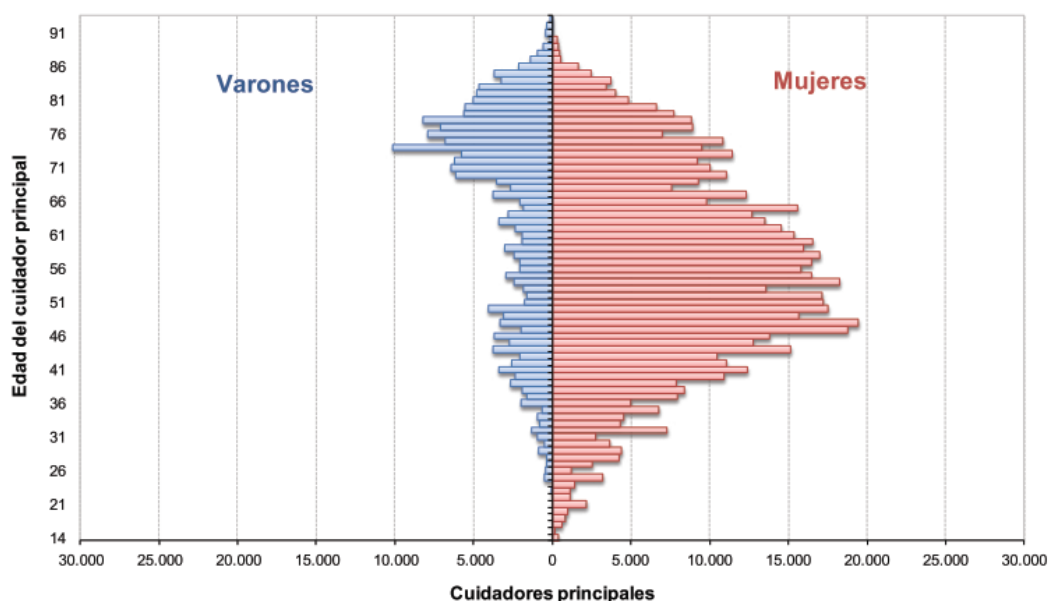
Análisis del problema

Como se ha mencionado anteriormente, existe una previsión de aumento de personas dependientes en España, grupo que precisa de una atención más o menos completa, continuada y además sufre las limitaciones por parte del sistema sanitario. Estos pacientes requieren cuidados de larga duración, de hecho, los gobiernos y los sistemas sanitarios desarrollan nuevos planes de salud (Plan estratégico de pacientes pluripatológicos y crónicos), plantean una atención y una hospitalización domiciliaria e intervenciones quirúrgicas ambulatorias (CMA), cuyo objetivo es disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes, influyendo en el gasto sanitario y ayudando a la sostenibilidad del mismo (2)(8)(62).

Teniendo en cuenta que el primer objetivo secundario es conocer qué es el cuidado y cómo se cuida, mi plan de intervención va dirigido a la población diana, que es el cuidador y su perfil depende también del perfil de la persona dependiente. En el perfil del cuidador(64), en su mayor parte son familiares, mujeres (aumentando la discriminación de género, soportando unas desigualdades innecesarias, evidentes e injustas por asumir más roles sumando más carga de trabajo a la que ya lleva el cuidado) (9)(11), cónyuge y en segundo lugar su hija (62), edad entre 40-60 años (gráfico 8) (62), ama de casa (aunque está cambiando por la incorporación de la mujer

al mundo laboral), casada, comparten el domicilio con otra persona, bajos niveles de apoyo social y nivel de estudios bajo- medio (esto también varía, aumentando el nivel de estudios), ingresos económicos escasos (influye en la repercusión del cuidado en el cuidador, a menor nivel económico más repercusiones negativas) (15)(14)(61). Estos cuidados no son remunerados y queda sin reconocer al darse en el ámbito doméstico y quien los realiza tiene cierto parentesco, quedando el cuidado en ámbito privado e invisible (8).

Gráfico nº 8. Pirámide de cuidadores principales de la población de 65 y más años con dependencia, 2008



Fuente: Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. (INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia -EDAD-, 2008)

Los requisitos para ser cuidador son la dedicación, conocimientos, capacidades y habilidades muy diversas. Con frecuencia repercute negativamente en la salud y calidad de vida del cuidador, con alteración médica (área física, psíquica, psicosomática, alteraciones sociales, familiares, problemas laborales, económicos y legales) (8).

La figura del cuidador principal surge de la incapacidad de la otra persona para realizar sus autocuidados y en muchas ocasiones los cuidados se hacen sin conocimientos previos. Por ello es importante la intervención comunitaria

dependiendo del qué, del cómo y de dónde se producen la necesidad de apoyo al cuidador y asumir profesionalmente los cuidados que requiere el cuidador mediante intervenciones de enfermería (8). De esta manera se quiere formar al cuidador principal sobre “el saber, el ser y el hacer en el cuidado” para disminuir la carga y ayudar al buen cuidado tanto para el paciente dependiente como para el propio cuidador (48)(65)(66).

Respecto al segundo objetivo secundario, la necesidad de que el cuidador se cuide no solo es por su bienestar sino por el de la persona a la que cuida (19). La sobrecarga del cuidador resulta altamente correlacionada y puede acelerar el ingreso del paciente en instituciones aumentando el gasto sanitario (67). Esta sobrecarga aumenta en función del tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad y de la gravedad de esta, de igual forma la satisfacción aumenta con la intervención profesional y disminuye por el grado de deterioro de la persona dependiente. Esto justifica el desarrollo y establecer intervenciones educativas, sociales y personalizadas (fundamentalmente si se trabaja sobre las necesidades causadas por las limitaciones a nivel de conocimientos, comunicativo, y asociadas a la carga, estrés y ansiedad que conlleva el cuidado) en beneficio del paciente y del cuidador principal con el objetivo de disminuir la sobrecarga, la depresión y las alteraciones psicológicas y sociales producidas por el cuidado (68).

Los profesionales de Atención Primaria como expertos son fundamentales para la identificación y atención a las necesidades del cuidador, para adquirir la capacidad para afrontar el cuidado y mejorar su calidad de vida y responder a las expectativas de los pacientes (39). Al aumentar la probabilidad de que el cuidador cuide su estado de salud, influye en la disminución hospitalaria y previene o pospone el ingreso en residencias de las personas dependientes, repercutiendo en la sostenibilidad del sistema (68).

Para el sistema sanitario el cuidador principal es un recurso y trabajador (proporciona los cuidados al paciente, buscando su bienestar y mejor atención), a la vez es cliente (por los efectos negativos que surgen de la dedicación al cuidado) y elemento de producción (desde un punto de vista económico, es una pieza fundamental, ya que el sistema sanitario no puede asumir el coste que asume la familia). Desde el punto

de vista de enfermería, se le ha de considerar pieza fundamental en el cuidado (autocuidado, cuidados de apoyo por cercanos, cuidados enfermeros). Nuestro Sistema Sanitario tiende a seguir el modelo holístico, que considera que es fundamental el sistema informal compuesto por una red social en la que se incluye la familia, grupos de ayuda, voluntariado, asociaciones (8). Por ello mi plan de alfabetización lo diseñamos abarcando desde el alta hospitalaria, hasta el seguimiento una vez ya en domicilio.

DISCUSIÓN

El proceso de convertirse en cuidador principal puede crear una situación de shock que produce cambios importantes en él, en la persona dependiente y su entorno, en su mayoría percibidos como negativos, producidos por un acumulo de sensaciones desconcertantes, ocasionando sufrimiento por el desconocimiento y la incertidumbre a la que se enfrenta. Por ello es fundamental intervenir y brindar la ayuda necesaria en el primer momento, para la aceptación de la nueva situación (25). Siendo el “Informe de enfermería al alta” un paso para la continuidad en los cuidados (69), se plantea la intervención antes del alta hospitalaria, y se propone un taller exprés (40) para concienciar al personal de la importancia de que el paciente y cuidador lleguen al domicilio con unos conocimientos básicos y para ello son necesarios unos protocolos, esquemas documentados y un sistema de registro (70).

M. Jesús Rodríguez plantea que hay que intervenir en la alfabetización de cada una de las etapas más relevantes (en el inicio del proceso para facilitar la adaptación, durante el proceso interviniendo sobre problemas detectados y al finalizar el proceso ayudando a preparar la separación y como acompañamiento) (23). Para ello se proponen intervenciones psicoeducativas grupales con sesiones elaboradas y ejecutadas por profesionales, haciendo hincapié en el apoyo emocional enseñando a gestionar los sentimientos (34), y de esta forma favorecer el afrontamiento con el nuevo rol (23).

La intervención de enfermería está presente en el apoyo al cuidador el diagnóstico de enfermería “Cansancio del rol del cuidador”, reafirmando la necesidad de intervenir de forma individual para ser más efectivo (37), por esto los profesionales desde la unidad pueden ir formando parte día a día de la alfabetización del cuidador principal. El perfil y las características sociodemográficas de los cuidadores principales y del propio paciente repercuten significativamente en cómo le va a afectar la nueva situación y la forma de intervenir por parte de los profesionales, para que la intervención sea positiva (34) haciendo hincapié en la gestión emocional (71). Siendo necesario un seguimiento como apoyo, colaborando y ofreciendo las herramientas necesarias para superar el afrontamiento de la nueva situación y

adquirir conocimientos y habilidades para cuidarse y ofrecer un cuidado de calidad (71).

Debilidades del plan de intervención

Analizando el proyecto se plantean distintas posibles debilidades en la efectividad del plan de intervención en dos fases con las que nos podemos encontrar a la hora de llevarlo a cabo.

1. Modelo biomédico centrado en exceso en el aspecto clínico más que en la educación para la salud.
2. Un sistema sanitario que está más orientado en la demanda que en las necesidades del paciente y cuidador (también se ha de considerar paciente)
3. Características de la población diana. Cuidadoras mujeres mayores de 45 años, con parentesco próximo (mujer, hija), con nivel de estudios bajo, nivel socioeconómico también bajo, sin muchos apoyos, con cierta fragilidad.
4. Diversidad de las causas que hacen al paciente dependiente y características definitorias de cada uno.
5. Trabajadores desmotivados, sin reconocimiento y con sobrecarga de trabajo dificultando el llevar a cabo el objetivo de la intervención.
6. Poca conciencia de necesidad de ayuda por parte del cuidador.
7. Falta de accesibilidad, por no disponer de tiempo.

Fortalezas

Los puntos fuertes que podemos encontrar en las dos fases de nuestro programa de intervención son, en entre otras:

1. Existencia de Asociaciones de apoyo social relacionadas con la dependencia y cada vez más presentes en los Planes de Salud y en las Memorias estratégicas tanto del Gobierno de Navarra como del Ayuntamiento de Pamplona.
2. Ya se está trabajando sobre intervenciones dirigidas al cuidador en otras comunidades como Aragón, como por ejemplo Hospital San José de Teruel, en Osakidetza, Cataluña...
3. Existe el “Informe de enfermería al alta” y con mi propuesta se pretende desarrollarlo para que queden reflejadas en el mismo pautas de intervención.

4. El profesional está cualificado, trabajan de forma interdisciplinar y la educación se realizará día a día antes del alta hospitalaria.
5. Comunicación y contacto entre las enfermeras de enlace del centro de salud con la enfermera de casos del hospital.
6. La población diana se capta en el propio hospital y desde el centro de salud para la intervención de seguimiento.
7. Para solventar el problema de la disponibilidad, planteándole la posibilidad de que un voluntario esté cuidando ese rato a la persona dependiente, facilitando así la asistencia.
8. La educación con lenguaje entendible, sencillo y utilizar distintos tipos de técnicas para su comprensión.

Planteamiento de líneas de mejora

Las líneas de mejora partirán de este proyecto de intervención si es aceptado, haciendo que se pueda implantar poco a poco en todas las plantas del hospital, de aquí la necesidad e importancia de una evaluación y reevaluación de éste y la posibilidad de extenderlo a otros centros sanitarios.

Desde la consulta de enfermería, se plantea que la enfermera acuda al domicilio para confirmar y aclarar dudas que hayan podido surgir y detectar las necesidades tanto del cuidado informal como de la persona dependiente, e intentar en todo momento proporcionar respuestas a las preguntas que puedan surgir. Plantear al cuidador las ventajas de realizar el taller, y los beneficios que tiene tanto a corto como a largo plazo.

CONCLUSIONES

1. Tendencia poblacional a envejecerse, con más personas con pluripatologías, una cronificación de enfermedades, provocando un aumento de población dependiente, los cuales precisan de cuidados. Repercutiendo en el funcionamiento sanitario y su viabilidad.
2. Escasez de estudios en relación con el cuidador principal en el primer momento de contacto con el cuidado (prealta hospitalaria) lo que dificulta la comparación con otras experiencias.
3. El perfil del cuidador principal, familiar directo, mujer mayor de 45 años, con escasos estudios, con acumulación de roles (familiares, domestico, cuidador, administrativo, medio de unión de la persona dependiente con el mundo exterior...), sin conocimientos sanitarios.
4. Sobrecarga física, psicológica, emocional y social del cuidador, repercutiendo a su vez en la persona dependiente.
5. El Sistema sanitario debe ser un apoyo y recurso fundamental para cubrir las necesidades del cuidador principal, alfabetizándolo en el autocuidado y en el cuidado de la persona a cuidar.
6. Es fundamental actuar en el primer momento de la alfabetización del familiar que va a ser el cuidador principal, y la importancia de salir en el alta con un mínimo de conocimientos repercutiendo en el cuidador principal, el paciente y su entorno.
7. Con la propuesta de contemplar todas las fases desde el alta hospitalaria, alfabetizando al cuidador principal, mejorando la calidad de vida (cuidado-cuidador) y la calidad del cuidado, repercutiendo en la sostenibilidad del sistema sanitario.

PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO

Plan de intervención o Propuesta teórica

LA INNOVACIÓN EN ESTA PROPUESTA TEÓRICA SE CENTRA EN QUE EL CUIDADOR PRINCIPAL ESTÉ APOYADO EN TODO MOMENTO POR EL SISTEMA SANITARIO.

Se plantea una intervención exprés mediante un taller al profesional de enfermería del CHN, para que éstos consigan que el cuidador principal salga con unos conocimientos básicos sobre el cuidado y como cuidar antes del alta del paciente que se convierte en paciente dependiente. Y una intervención de seguimiento al cuidador principal desde el Centro de Salud una vez el paciente dependiente ya se encuentra en su domicilio.(38)

Primera fase: Plan de intervención exprés CHN (Tabla nº 4)

Se observa la necesidad de realizar una intervención dirigida a los profesionales de enfermería y trabajadoras sociales para que cubran las necesidades de los cuidadores principales al ser dado de alta un paciente que se ha vuelto dependiente, ya que en la mayoría de los casos salen del hospital sin saber qué es cuidar, cómo se ha de cuidar y la necesidad de auto cuidarse. Se exponen en unas sesiones que aborden la necesidad de que el cuidador principal salga con unos conocimientos básicos sobre cómo cuidar al familiar que de repente se ha vuelto dependiente, el resolverles las preguntas que se hacen... ¿Y ahora yo qué hago?

Grupo diana: Equipo de enfermería, auxiliares y celadores

Captación: Carteles informativos, en la web de cursos proporcionada por SNS-O y por correo electrónico.

Objetivo Principal: Concienciar de la importancia de que el profesional enfermero y trabajador social del CHN sea un recurso que ayuda al cuidador principal en su primer contacto con el cuidado para adquirir habilidades, destrezas, conocimientos sobre cuidados básicos, el autocuidado y de esta forma proporcionar un cuidado de calidad a la persona dependiente.

Objetivos Específicos:

1. Alfabetizar sobre qué es el cuidado y cómo afecta al cuidador principal y su familia, signos y síntomas importantes para tener en cuenta y cómo prevenirlo.
2. Educar en cuidados: higiene, movilización del paciente dependiente, mecánica corporal, higiene postural. Ser capaz de realizar una prevención y una detección precoz de úlceras por presión (UPP). Administración de medicamentos y prevención en el riesgo de bronco-aspirar y cómo reaccionar ante caso de atragantamiento. Informar de los recursos disponibles.
3. Cuidar al cuidador: Informar al cuidador principal de los recursos existentes.

Metodología: Educación grupal, mediante exposición en el aula (Power Points), técnicas grupales activas y participativas (Tormenta de ideas), demostración con entrenamiento, contar experiencias vividas, videos.

Lugar: Salón de actividades del CHN.

Tiempo: Una sesión por semana, de una duración de 1h 30min aproximadamente.



Agentes de Salud: Enfermera/s, Trabajadora Social del Centro de Salud de la Rochapea.

Recursos materiales: Ordenador y acceso a internet, proyector y pantalla, USB, pizarra, papel y bolígrafo.

Evaluación: Cuestionario cerrado al final de la sesión.

Quién evalúa: la enfermera y trabajadora social que realizan el taller.

Tabla nº 4: Plan de intervención exprés en el CHN. *Elaboración propia*

AFRONTAMIENTO 	FINALIDAD <p>Concienciar a los profesionales (enfermería TCAE, celadores) del CHN que son el primer recurso con el que se encuentra el cuidador principal, como profesionales se le debe ayudar en el afrontamiento de la nueva situación y un nuevo rol de cuidador, enseñándoles día a día en el cuidado de la persona dependiente. Es recomendable que el cuidador tenga unos conocimientos y habilidades básicas en lo relacionado con el cuidado, su repercusión y realizar ese cuidado y como autoprotegerse. De esta forma nos aseguramos del seguimiento de cuidados de calidad al alta, y recalcar al importancia de que acuda al Centro de Salud y realice ahí talleres de seguimientos y de forma individualizada, para prevenir posible complicaciones y disminuyendo las recaídas.</p> <p>Responder a la pregunta... ¿Ahora qué hago?</p>	
		
IMPARTIDO		
Enfermera, trabajadora social	CONTENIDO <p>Alfabetizar sobre qué es el cuidado y la repercusión que tiene tanto en el cuidador informal, en su familia, en su entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos: higiene, movilización, mecánica corporal - Prevención: úlceras por presión, broncoaspiración y administración de medicamentos <p>Informar sobre los recursos de apoyo existentes: Asistencia social, programas respiro, hospital de día, de vacaciones...</p>	
DIRIGIDO Personal de enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, trabajador social.		
LUGAR Salón docencia/ actos CHN		
GRACIAS Por dar tu tiempo Poner el corazón Compartir tu sonrisa	VALORACIÓN ¿Consideras útil la sesión? SI NO ¿Consideras posible llevarlo a cabo? SI NO ¿Qué aspectos mejorarías?	

Segunda fase: plan de seguimiento desde el centro de atención primaria en domicilio

La necesidad de realizar un proyecto de educación para la salud dirigido a los cuidadores informales en la zona de la Rochapea. Por ello, se propone realizar el siguiente plan, tras valorar la planificación del proyecto, se exponen cuatro sesiones que abordan el tema del cuidado del cuidador y el cuidado de la persona dependiente (Tabla nº 5).

Grupo diana: El grupo constará de unas 10-12 personas, las cuales serán cuidadores principales de personas dependientes.

Captación: Cartes informativos en Iglesia, club de jubilados..., llamada telefónica, sugerencia desde la consulta, uso de páginas web y revista del barrio. Inscripción en el Consultorio de Salud.

Objetivo Principal: Alfabetización al cuidador principal para adquirir habilidades, destrezas, conocimientos sobre cuidados, un autocuidado y proporcionar un cuidado de calidad a la persona dependiente, en el barrio de la Rochapea.

Objetivos Específicos:

- 1) Alfabetizar sobre qué es el cuidado y cómo afecta al cuidador principal y su familia, signos y síntomas importantes para tener en cuenta y como prevenirlo:
 - a) Cuidados: higiene, movilización del paciente dependiente, mecánica corporal, higiene postural.
 - b) Ser capaz de realizar una prevención y una detección precoz de úlceras por presión (UPP).
 - c) Administración de medicamentos y prevención en el riesgo de bronco-aspirar y cómo reaccionar ante caso de atragantamiento.
 - d) Informar de los recursos disponibles.
- 2) Cuidar al cuidador
 - a) Qué es el cuidado, repercusión del cuidado en el CP, PD y su entorno
 - b) Desarrollar aptitudes y habilidades de autocuidado, aprender a reconocer sus emociones y a gestionarlas. Reconocer señales de alerta.

- c) Conocer y aplicar técnicas de control de estrés y saber usar los recursos sociosanitarios de la zona y cómo se accede a dichos recursos.
- d) Potenciar el intercambio de experiencias en un clima de confianza y apoyo.

Metodología: Educación grupal, mediante exposición en el aula (Power Points), técnicas grupales activas y participativas (Philip 66, Tormenta de ideas, Rol Playing), demostración con entrenamiento, contar experiencias vividas, videos.

Lugar: Salón de actividades del Centro de Salud de la Rochapea.

Tiempo: Una sesión por semana, de una duración de 1h 30min aproximadamente.

Agentes de Salud: Enfermera/s, Psicólogo, Trabajadora Social del centro de salud de la Rochapea.

Recursos materiales: Ordenador y acceso a internet, proyector y pantalla, USB, pizarra, sillas, mesas, colchonetas (la segunda sesión), papel y bolígrafo, utensilios de higiene: toalla, esponja, peine, jabón, crema, palangana. (tercera sesión), camilla y muñeco (puede ser sustituido por uno de los participantes).

Evaluación

- Quién evalúa: Los profesionales, los participantes del taller y los financiadores que son los que autorizan la realización del programa (en nuestro caso SNS_O).
- Qué se evalúa
 - Evaluación de la estructura del programa: En este apartado se evaluará si se ha tenido algún problema o altercado en la obtención y/o utilización de los recursos, tanto los personales, de materiales y de infraestructura.
 - Evaluación del proceso de desarrollo: La asistencia, la motivación, el cumplimiento de las actividades por parte de los participantes, cumplimiento del tiempo, capacidad de comunicación e interacción con los participantes, adecuación de la metodología y grado de satisfacción. Se realizará mediante los registros de cada sesión, usando la observación y encuestas para valorar los aspectos subjetivos.
 - Evaluación de resultados: Evaluar si el programa ha obtenido los objetivos planteados, esto será valorable en la prealta y una vez vayan al domicilio

desde el centro de salud mediante entrevistas y la observación, las demostraciones de entrenamiento tras el taller y a los tres y seis meses de después del alta y si ha formado parte de la intervención de seguimiento al finalizar el taller.

- Cómo se evalúa

- Los docentes: serán los encargados de evaluar los contenidos del taller a través de la observación diaria de la conducta adoptada por los participantes.
- Los cuidadores realizarán una evaluación diaria mediante un cuestionario con tres preguntas abiertas y otro al final del taller con preguntas sencillas y cerradas. Se valora si se han conseguido los objetivos propuestos, los conocimientos y las habilidades para mejorar el cuidado que realizan al familiar dependiente y su autocuidado. Mediante escalas de satisfacción y distintas escalas como Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI), E. de GOLDEBERG (cribado de ansiedad-depresión), y la Escala Auto aplicada de Carga Familiar (ECF).
- SNS_O (Financiadores): estos podrán optar por la evaluación de los contenidos del taller desarrollado sobre el cuidador principal mediante encuestas recogidas, anteriormente citadas, para poder hacer un balance global del programa diseñado, para futuras intervenciones. Valorar el coste-beneficio de la intervención, teniendo en consideración si los objetivos se han cumplido y la repercusión de estos en la salud de la población diana, y la repercusión económica que tiene en el sistema sanitario.

- Cuándo se evalúa

- Al finalizar cada sesión, con una encuesta de tres preguntas cortas. Al finalizar el programa de intervención con una encuesta de satisfacción. Una valoración de seguimiento a los tres y seis meses después de haber acabado el taller, comprobando si se han adquirido los conocimientos y habilidades proporcionados con nuestro programa, mediante la observación, encuestas y si han surgido dudas al respecto. Si el cuidador

se ha concienciado de la importancia de cuidarse formando parte activa de su propio autocuidado, mediante la encuesta

- De los datos obtenidos en esta primera intervención, adaptaremos el programa, incluyendo nuevos aspectos relevantes y eliminaremos o mejoraremos los puntos a mejorar. La evaluación será continua y sumativa como en todo proceso de aprendizaje.
- Al ser un curso de cuatro sesiones, se podrán ir adaptando contenidos según necesidad o valoración tanto por los asistentes (hojas de valoración) como por parte del profesional.
- Al finalizar el curso se realizará una evaluación final, los asistentes y ponente rellenarán un formulario de valoración para detectar errores y poder mejorar de cara a las siguientes sesiones.

Tabla nº. 5. Plan de Intervención de Seguimiento desde el C. S. de la Rochapea una vez en el domicilio. *Elaboración propia*

PLAN DE INTERVENCION				
CONTENIDOS DE LAS SESIONES	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4
	Cuidado Higiene Movilización del PD Ulceras por Presión	Mediación Broncoaspiración Atragantamiento	Autocuidado Inteligencia emocional Experiencias	Recursos disponibles Dudas
AGENTES DE SALUD	Enfermeras		Enfermera /psicólogo	Enfermera /Trabajadora Social
CRONOGRAMA	04-09-2019 18h-19:30h	11-09-2019 18h-19:30h	18-09-2019 18h-19:30h	25-09-2019 18h-19:30h
LUGAR	C. S. Rochapea. Sala de actividades			
METODOLOGÍA	Philips 66 (30') Exposición (P. Point) (15') Demostración con entrenamiento (30') Video (10')	Tormenta de Ideas (30') Exposición (P. Point) (10'+10') Demostración con entrenamiento (30')	Exposición (P. Point) (15') Experiencia (40') Roll Playing (30') Video (5')	Exposición (P. Point) (45') Video (15') Dudas (30')
RECURSOS	Proyector, pantalla, ordenador, USB, pizarra, folios, bolígrafos, camilla, sillas	Proyector, pantalla, ordenador, USB, pizarra, folio, bolígrafo, organizador de medicamentos, alimentos de distintas texturas, cuchara	Proyector, pantalla, ordenador, USB, pizarra, folios, bolígrafos, colchoneta	Proyector, pantalla, ordenadores, USB, bolígrafos camillas, sillas
VALORACIÓN	¿Te ha gustado la sesión? ¿Qué aspectos mejorarías? ¿Crees que te puede servir lo que se ha dado en la sesión?			

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a todas estas personas que dedican su tiempo a cuidar al familiar dependiente, sin conocimientos, ni recursos y en muchas ocasiones se enfrentan solos al cuidado, poniendo su cariño en los cuidados y con una sonrisa en los momentos difíciles, cuando las lágrimas salen solas.

A la directora que me ha llevado el trabajo con tanto paciencia, dedicación y cariño, que me ha sabido llevar por buen camino, incluso cuando me desviaba me ha sabido centrar en el objetivo, haciendo el camino más fácil. Y quien en los momentos difíciles me ha hecho ver la luz, con su ánimo y siempre con una sonrisa. Gracias Rosa, por tu confianza, y por esos momentos que este trabajo nos ha hecho pasar juntas, sorprendiéndome cada día por la pasión que sientes por tu trabajo.

A mis familia que siempre con paciencia, me han aguantado en los momentos más difíciles y me han animado a seguir, a pesar de mi ausencia en estos cuatro años por este sueño en el que me he metido, siempre... han estado ahí.

A Mario, mi pareja, que nunca ha dudado de mí, que ha tenido la paciencia de esperarme estos cuatro años, se puede decir que le he cambiado por los libros, pero cariño... si hemos sido capaces de superar esta loca aventura... podemos con todo.

Gracias a todas las personas que en estos cuatro años habéis pasado por mi vida (profesores, compañeros, pacientes...), compartiendo mi sueño de ser enfermera, y una parte de cada uno de vosotros está de alguna forma en mí, porque de todos he aprendido.

Gracia a todos los que habéis confiado en mí, incluso cuando yo dudaba....

Este ya es el final del camino y cierro una puerta para abrir otra puerta que me lleva a mi nueva aventura como enfermera, no con miedo, sí con respeto, con ilusión y con ganas de ir aprendiendo cada día... bienvenida nueva aventura.

BIBLIOGRAFÍA (anexo 4)

1. García Mateos F. Dinámica sociofamiliar y perfil del cuidador principal [Internet]. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. G de E. IMSERSO. España; 2009 [cited 2019 Feb 14]. Available from: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/10jornada.pdf>
2. Lasanta Sáez J, et al. Plan De Salud 2014-2020 versión final Gobierno. [Internet]. Navarra. España; 2014 [cited 2019 Feb 14]. Available from: https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_de_salud_2014-2020._junio_2014.pdf
3. INE Anuario Estadístico de España 2018. INE. Estado salud (estado salud percibido, enfermedades crónicas, Depend funcional) [Internet]. 2018; Available from: file:///C:/Users/Begoña/Downloads/4_1_Esperanza_de_vid.pdf
4. Piccini Larco AT. Conciliación de la vida laboral y el cuidado de mayores dependientes [Internet]. [España]: U. computense de Madrid; 2015 [cited 2019 Feb 14]. Available from: <https://eprints.ucm.es/35837/1/T36868.pdf>
5. Rodriguez Castedo A, et al. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. 2004 [cited 2019 Apr 13];128–32. Available from: https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf
6. Ibarrola Guillén C, et al. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [Internet]. Navarra; 2016. Available from: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
7. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit [Internet]. 2008

- [cited 2019 May 5];22(5):443–50. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Asociación de Enfermería Comunitaria. Elsevier. España.2013.
 9. Arregi IL, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género Isabel. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2008 [cited 2019 May 5];443–50. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Rogero García J. Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. 2009 [cited 2019 Feb 15]; Available from: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
 11. López-Espuela F, González-Gil T, Jiménez-Gracia MA, Bravo-Fernández S, Amarilla-Donoso J. Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. Enfermería Clínica [Internet]. 2015 [cited 2019 May 7];25(2):49–56. Available from: www.elsevier.es/enfermeriaclinicahttp://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.0081130-8621/
 12. Vázquez martínez AV. Salud del cuidador familiar de personas en situación de dependencia: modelo explicativo. 2014 [cited 2019 Mar 10];128–32. Available from: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/36777/TESIS_FINAL_ANDREA_VÁZQUEZ_MARTÍNEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 13. Campos Dompedro, José Ramón; de Dios Estrella Cazalla, Juan; Escobar Lago, Milagros; Fernández Rodríguez, Ana María; Gómez Calero, Cristina; Mainar Sancho, Rosana; Merino Alaínez, Mónica; Molinero Aguilera, Silvina; Moya

- Bernal, Antonio; Ramos Alonso, Jav MA. Guía práctica de la ley de dependencia. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. IMC. 2011 [cited 2019 Mar 2];38. Available from: [https://www.segg.es/media/descargas/Guia práctica de la Ley de Dependencia.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Guia_practica_de_la_Ley_de_Dependencia.pdf)
14. Moya-Albiol L, de Valencia U. El cuidado informal: una visión actual. Revista de Motivación y Emoción [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 14];22–30. Available from: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
 15. Medina González A, Pontejo EM. Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. GEROKOMOS [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 17];29(1):22–8. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n1/1134-928X-geroko-29-01-22.pdf>
 16. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor [Internet]. Enfermería Universitaria Mexico: Elsevier; Jan 1, 2015 p. 19–27. Available from: www.elsevier.es/reu
 17. Sanjúan Suria E. Cansancio del rol de cuidador: análisis de sus factores relacionados (II). Reduca (Enfermería, Fisioter y Podol [Internet]. 2014;6(3):261–92. Available from: <file:///C:/Users/Begoña/Downloads/1708-1995-2-PB.pdf>
 18. Muñoz Fernández A. El cuidado de las personas dependientes ante la crisis del Estado de Bienestar. In: El aislamiento de las personas mayores y la familia cuidadora como nueva patología social relacional [Internet]. Tirant Hum. Navarra; 2013 [cited 2019 Jan 21]. p. 309–22. Available from: [http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34431/1/El aislamiento de las personas mayores y la familia cuidadora como nueva patología social relacional.pdf](http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34431/1/El_aislamiento_de_las_personas_mayores_y_la_familia_cuidadora_como_nueva_patologia_social_relacional.pdf)
 19. García-Calvente MM, Del Río Lozano M, Castaño López E, Mateo Rodríguez I,

- Maroto Navarro G, Hidalgo Ruzzante N. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 [cited 2019 Mar 6];128–32. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v24n4/original4.pdf>
20. Torres J, Carvalho D, Molinos E, Vales C, Ferreira A, Dias CC, et al. The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2019 Mar 10];454–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569117300049?via%3Dihub>
 21. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, David P, Castillo S, Torres Egea P. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos* [Internet]. 2008;19(1):9–15. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002
 22. Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Glob* [Internet]. 2012 Jul [cited 2019 Feb 15];11(27):159–64. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-614120120003000009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 23. Rodríguez MJ. La atención a los cuidadores familiares, prueba de calidad de los cuidados enfermeros [Internet]. País Vasco. España; 2013 [cited 2019 Mar 10]. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/material_enfermeria_2011/eu_enfer/adjuntos/08/m_jesus_rodriguez_garcia.pdf
 24. Alcañiz Garrán M del M. Significado de la experiencia de cuidar durante la vejez a otra persona anciana dependiente [Internet]. Universidad de Alicante; 2015 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/53126>

25. Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PA, del-Pino-Casado R. Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2019 Jan 29];50(5):282–90. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717302202?via%3Dihub>
26. Aparicio-Casals CF, et al. *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. Publidisa. Tarragona; 2011.
27. Velasco Ramírez JF, Grijalva MG, González Pedraza Avilés A. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Med Paliativa* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2019 Jan 25];22(4):146–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X1500021X?via%3Dihub>
28. Mercedes A, Córdoba C, Katherine D, Poches P. Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer * Psychological intervention model for informal caregivers of patients with Alzheimer. *Divers Perspect Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 1];11(2):181–92. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a02.pdf>
29. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. G de E. IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales : Autonomía Personal y Dependencia [Internet]. IMSERSO. 2018 [cited 2019 Apr 21]. Available from: http://www.imsero.es/imsero_01/autonomia_personal_dependencia/index.htm
30. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de población. IneEs [Internet]. 2018;2018. Available from: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

31. OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. Suiza; 2007 [cited 2019 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>

32. Maluche Sánchez A, Florisa Velásquez V. Efecto programa de apoyo social: percepción de cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas en Guapi, Cauca. *Hacia Promoc salud* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 23];22(2):99–110. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00099.pdf>

33. Departamento de salud. Gobierno de Navarra. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [Internet]. España; 2013 [cited 2019 Mar 29]. Available from: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C4EFE71-438B-4C29-80F3-308DF10C13AD/268233/EstrategiaCronicosyPluripatologicosVersionResumida.pdf>

34. Melo Melo BG, Vargas Hernández Y, Carrillo GM, Alarcón Trujillo DK. Efecto del programa Plan de egreso en la diada persona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enferm Clin* [Internet]. 2018;28(1):36–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.006>

35. Sánchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 Jan 5 [cited 2019 May 7];7(1):1171–84. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/251>

36. Elizalde Indaburu A. Cuidar y cuidarse: protocolo de ayuda a cuidadores de enfermos de Alzheimer en el centro de salud de Lesaka [Internet]. UPNA; 2012 [cited 2019 Apr 29]. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5243/proyeckt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Delicado Useros MV. Familia y cuidados de salud: calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia [Internet]. U. de Alicante; 2003 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3410>
38. García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. RqR Enfermeria Comunitaria (Revista de SEAPA) [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 6];30. Available from: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Verano2017/RevistaRqR_Verano2017_Cuidador.pdf
39. Martínez Marcos M, De La Cuesta Benjumea C, Marcos MM, De C, Benjumea C, Martínez Marcos M, et al. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con prcesos cronicos de salud de familiares dependientes. Atención Primariancion Primaria [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 27];48(2):77–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
40. Gracia-Orellán R, Aldaya Celada F. Cuidadores principales no profesionales de personas dependientes. UPNA. 2014 [cited 2019 Apr 25];128–32. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11503/FroilanAldayaCelada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Chirveches Pérez E. Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos, en su domicilio [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2014 [cited 2019 Jan 5]. Available from: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/130790/EChP_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Canga A. Hacia una “familia cuidadora sostenible.” Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2013;36(3):383–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000300003

43. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MÁ, Parra-Anguita L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(7):381–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716305704>
44. Domínguez Guedea MT, García AO, Rivera Sander MA. Bienestar, Apoyo Social y Contexto Familiar de Cuidadores de Adultos Mayores. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2013;3(1):101–1030. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000100009
45. Zabalegui Yárnoz A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 May 1 [cited 2019 Jan 29];128–32. Available from: [https://www.sciencedirect.com/search/advanced?docId=10.1016/S0211-139X\(08\)71176-4](https://www.sciencedirect.com/search/advanced?docId=10.1016/S0211-139X(08)71176-4)
46. Elizalde Munárriz A. Cuidando se cuida. UPNA; 2012 [cited 2019 May 6]; Available from: <https://hdl.handle.net/2454/5383>
47. Montes Sampedro MT. La tercera edad avanzada: autonomía y dependencia. Una concepción bio-psico-social. Estrategias socio-sanitarias para una intervención [Internet]. UPNA; 2017 [cited 2019 Mar 7]. Available from: <https://hdl.handle.net/2454/29053>
48. Rodríguez SV, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc Y Enferm XVI* 9-16, 2010. 2010;XVI(2):9–16.
49. Pardo MM, María A, Cañas Belmar P. La sobrecarga de cuidadores no profesionales de personas dependientes. Respuestas transdisciplinares en una sociedad global Aportaciones desde el Trabajo Social [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 15];128–32. Available from:

https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC084.pdf

50. Fernández Ibáñez L. Programa de planificación del alta hospitalaria. 2013 [cited 2019 Apr 29]; Available from: <https://hdl.handle.net/2454/7846>
51. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *anales de psicología* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 13];19–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.1582419728>.ISSNediciónweb
52. Mosqueta I, Martín U, Larrañaga I. El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco [Internet]. País Vasco; 2013 [cited 2019 Apr 27]. 60 p. Available from: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/cuidados.pdf
53. Rodríguez Pérez M. Factores determinantes de la salud de las cuidadoras principales de personas mayores con dependencia en un centro de salud urbano de Huelva [Internet]. Universidad de Huelva; 2013 [cited 2019 Mar 7]. Available from: <http://hdl.handle.net/10272/10886>
54. Zenteno A, Cid P, Saez K. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 29];146–54. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000300146&script=sci_abstract
55. Pujol et al.. Plan de salud de Navarra 2014-2020 [Internet]. Navarra. España; 2014. Available from: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Profesionales/
56. Ayuntamiento de Pamplona. Memoria del Ayuntamiento de Pamplona 2016 [Internet]. Pamplona; 2016 [cited 2019 Feb 14]. Available from: http://www.pamplona.es/aytomemoria2008/themed/ayto_memoria2008/fil

es/docs/completa_MEMO_Ayto_es.pdf

57. (na)stat. Nota Estadística. Estadística del Padrón Continuo Comunidad Foral de Navarra. Datos provisionales a 1 de enero de 2019. https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Economia+y+Hacienda/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Estadistica/NotasPrensa/Padron+Continuo+de+Habitantes.htm
58. Observatorio de la realidad social. Informe sobre la dependencia en Navarra (2010-2017) [Internet]. Colección Informes Anuales del Observatorio de la realidad social. 2018 [cited 2019 Apr 25]. Available from: <https://www.dropbox.com/h>
59. INE. Anuario estadístico de España 2018 [Internet]. España; 2018 [cited 2019 Jan 24]. Available from: https://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario18/anu18_05salud.pdf
60. Martínez MCLJL. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento Perfil y tendencias 2008 nº 35 [Internet]. 2008 [cited 2019 Feb 15];128–32. Available from: <http://www.060.es>
61. Gómez Sánchez A. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. Números Científicos [Internet]. 2010;2(11):21–6. Available from: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/35/33>
62. García AA, Ayala García A. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. España; 17AD. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
63. Gobierno de Navarra. Situación de Salud por Área Geográfica. Fichas de indicadores de Zona Básica de Salud - navarra.es [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 18]. Available from: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Situacion+de+salud/Fichas+

de+indicadores+de+Zona+Basica+de+Salud.htm

64. García Romero BC. Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2011 Jul 8 [cited 2019 Apr 27]; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/32141>
65. De la Cuesta Benjumea C, López Gracia MV, Arredondo González CP. Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. Atención Primaria [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.003>
66. Estrada Fernández ME, Gil Lacruz AI, Gil Lacruz M, Viñas López A. La dependencia: efectos en la salud familiar. Atención Primaria [Internet]. 2017;50(1):23–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.007>
67. López-Martínez C, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. Gac Sanit [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2019 Mar 10]; 33(2):185–90. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117302601?via%3DIhub>
68. Bandera López ML, Escaño Cardona V, Caballero León MD, Luisa M, López B, Cardona VE, et al. Relato biográfico expresado desde la narrativa de una cuidadora joven a cargo un paciente con pluripatologías [Internet]. Revista Enfermería Docente Malaga. España; 2016 p. 43–6. Available from: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
69. Castillo Gómez, C., Pitarch Flors, T., García Bernabeu M. Análisis informe continuidad de cuidados según criterio enfermero. Enferm Glob [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 23];12. Available from: [https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24264/1/Analisis informe continuidad de cuidados segun criterio enfermero..pdf](https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24264/1/Analisis%20informe%20continuidad%20de%20cuidados%20segun%20criterio%20enfermero..pdf)

70. Perucca Gallegos D, Campos-Romero S, Márquez-Doren F, Perucca Gallegos D, Campos-Romero S, Márquez-Doren F. Experiencia de participar en un programa de apoyo al trabajador/cuidador familiar de adultos mayores dependientes. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 23];29(3):128–32. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000300128&lng=es&nrm=iso&tlng=es
71. Etxeberria Arritxabal I, García Soler Á, Iglesias Da Silva A, Urdaneta Artola E, Lorea González I, Díaz Veiga P, et al. Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011;46(4):206–12. Available from: doi: 10.1016/j.regg.2010.12.009

ANEXOS

Anexo 1: El cronograma del trabajo

ACTIVIDADES	OCTUBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
CONTACTO CON TUTOR	1º		2º	3º	4º	5º	6º
CURSO CI							
RUBICAS							
REVISION REQUISITOS TFG							
BUSQUEDA EVIDENCIA CIENTIFICA	Bases científicas, revistas, tesis, TFG, artículos, ...						
LECTURA DE ARTICULOS	Lectura continuada						
CRIBADO DE ARTICULOS	Elección acorde al TFG						
REDACCION SOBRE LAS REVISIONES BIBLIOGRAFICAS		Escritura continuada sobre la elección bibliográfica					
ELABORACION MARCO TEORICO			Elaborar marco teórica y estructura del TFG				
ELABORACIONN DE LA INTERVENCION DEL PROYECTO			Análisis de los datos obtenidos bibliográficamente y elaboración de la intervención				
ENTREGA DE BORRADOR							
CORRECCIONES							
ULTIMA REVISIÓN TFG							
ULTIMA CORRECCIÓN TFG							
ELABORACION DEL POSTER							

Anexo nº2: Folleto del Gobierno de Navarra 2016. Cuidar y cuidarse. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E51DCA7A-E907-410B-B82B-36541DBD6ED5/368141/FolletoCUIDARCUIDARSE2016.pdf>

**SaludNavarra**Castella

CIUDADANÍA PROFESIONALES EMPRESAS

Me cuido Mi enfermedad Enciclopedia de salud Participación Servicios on line Actualidad Cont

Ciudadanía : Me cuido : Etapas de la vida : Tercera edad : Cuidar y cuidarse : Cuidar y cuidarse

CUIDAR Y CUIDARSE

► Cuidar y cuidarse

En la actualidad existen muchas personas que no pueden cuidarse por sí mismas y requieren ayuda del grupo familiar, hombres y mujeres, y de la sociedad en su conjunto. Cuidar supone siempre una sobrecarga física y emocional.

Para procurar el mayor bienestar de todas las personas implicadas, cuidadoras y receptoras de cuidados, es importante cuidar y cuidarse.

El material que presentamos puede descargarse pinchando sobre la imagen.

Folleto

40 páginas con información para personas que cuidan a otras con algún tipo de incapacidad. Ayuda a reflexionar sobre qué supone cuidar hoy en nuestra sociedad y cómo afrontar la situación e incluye propuestas para cuidar y cuidarse.



Anexo nº: 3 Tabla: Criterios de inclusión y exclusión de la documentación obtenida en la búsqueda

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes dependientes con cuidador	Pacientes institucionalizados
Documentos elaborados por instituciones gubernamentales, sanitarias, documentos de interés para páginas web sanitarias u obtenidos en bases de datos y/o buscadores.	Años anteriores a 2010
Últimos 10 años (alguna excepción)	No son relevantes
Idioma: español	No cumplir con los criterios de inclusión
Artículos con acceso al resumen y texto completo	Documentos duplicados
Revisiones bibliográfica: Relatos, monografías, artículos, TFM, Tesis doctorales	
Documentos han de ser objetivos e imparciales	
La bibliografía se ajuste al tema de estudio	
Texto completo gratis	
Los estudios deben ser sobre muestras representativas y proporcionales con los resultados cuantificables	
La documentación ha de ser clara, bien organizada y estructurada, con autoría, medio y fecha de publicación	

Elaboración propia

Anexo 4: Detalle de la revisión bibliográfica

AUTORES/AÑO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSIONES
www.INE.es www.IEN.es www.navarra.es www.pamplona.es http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm Instituto de Mayores y Servicios Sociales: Autonomía Personal y Dependencia. http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/index.htm Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE 2017 Metodología. https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf Instituto de Mayores y Servicios Sociales: Autonomía Personal y Dependencia IMSERSO. 2018. http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/index.htm Encuesta Nacional de Salud 2017. ENSE 2017 Metodología. https://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf Dinámica sociofamiliar y perfil del cuidador principal. García F; Social M. IMSERSO. Estudio departamento de educación social 2009 http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/10jornada.pdf Situación de Salud por Área Geográfica. Fichas de indicadores de Zona Básica de Salud - navarra.es www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Situacion+de+salud/ Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Datos Estadísticos Estatales y por comunidades www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. Suiza; 2007.Available from: https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf Departamento de salud. Gobierno de Navarra. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [Internet]. España; 2013. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C4EFE71438B4C2980F3308DF10C13AD/268233/EstrategiaCronicosyPluripatologicosVersionResumida.pdf Izquierdo Llanes, G. Anuario Estadístico de España 2018. http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario18/anu18_completo.pdf Memoria del ayuntamiento de Pamplona 2016. www.pamplona.es			

Balance de la Dependencia en Navarra 2018. Observatorio de la realidad social 2019 Navarra.

<https://www.navarra.es/es/noticias/2019/02/05/Presentacion+informe+anual+dependencia+2018.htm>

Sancho Castiello, M. et al. Las personas mayores en España. Informe 2004. Datos estadísticos estatales y por comunidades. Observatorio de personas mayores. IMSERSO. <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf>

<p>PLAN DE SALUD DE NAVARRA 2014-2020</p> <p>Dep. Salud. Gob. Navarra</p> <p><i>M^a José Lasanta Sáez; Isabel Sobejano Tornos; Inés Saenz de Pipaón et al.</i></p> <p>España 2014</p>	<p>Establecer las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad.</p> <p>Se planifican las estrategias y se promueven acciones e iniciativas d para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la comunidad.</p>	<p>La metodología es mixta, se formularon las estrategias y objetivos generales y específicos provisionales que se reformularon e integraron a la vista de los objetivos específicos y de las propuestas concretas formuladas por los profesionales participantes en los distintos Grupos de Trabajo.</p>	
<p>ANUARIO ESTADÍSTICO DE ESPAÑA 2018</p> <p><i>Gregorio Izquierdo Llanes</i></p> <p>España. 2018</p>	<p>Ofrece una visión cuantitativa de la realidad de nuestro país en temas tan variados como población, economía, sanidad, educación, industria, etc.</p> <p>Asimismo, en el último capítulo se muestra una pequeña síntesis de datos internacionales</p>	<p>Metodología cuantitativa, mediante recopilación de encuestas</p>	
<p>ESTRATEGIA NAVARRA DE ATENCIÓN INTEGRADA A</p>	<p>Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica. Mejorar la capacidad</p>	<p>Metodología mixta cuantitativa y cualitativa de estudios</p>	

<p>PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS.</p> <p>SNS_O. 2016</p> <p><i>Ibarrola Guillén, Cristina et al.</i></p> <p>España2016</p>	<p>funcional y la calidad de vida de pacientes y cuidadores.</p> <p>Mejorar la satisfacción con la atención recibida.</p> <p>Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores</p> <p>Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial</p> <p>Promover en los profesionales una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente.</p>		
<p>LOS TIEMPOS DEL CUIDADO. EL IMPACTO DE LA DEPENDENCIA DE LOS MAYORES EN LA VIDA COTIDIANA DE SUS CUIDADORES.</p> <p><i>IMSERSO. 2010</i></p> <p><i>Rogero G.</i></p> <p>España. 2010</p>	<p>avanzar en el conocimiento del cuidado informal que reciben las personas mayores dependientes en España. Se pretende ofrecer una imagen comprensiva de este fenómeno a través de información empírica, con la intención final de ser útil de cara al diseño de medidas que promuevan el bienestar de las personas mayores demandantes de cuidado y su entorno social.</p>	<p>Metodología mixta cuantitativa con datos primarios y cualitativos de estudios</p>	

<p>EL CUIDADO INFORMAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO</p> <p><i>Mosqueta, I., Martín, U., Larrañaga, I</i></p> <p>Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2013</p> <p>España 2013</p>	<p>Se analiza la situación del cuidado en la dependencia entendida como permanente, revisándose las características sociodemográficas y los determinantes de la salud de los miembros de la cuidadora-persona cuidada, y las características de este cuidado. Además, se estudia el impacto del cuidado sobre los determinantes de la salud en la persona cuidadora informal. Este análisis de la situación en la CAPV es indispensable para la elaboración de las políticas destinadas a reducir las desigualdades de género en la salud de la población cuidadora. Asimismo, este estudio contribuirá a cuidar y atender de una mejor manera a las personas que prestan cuidados.</p>	<p>Estudio transversal a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) de 2013.</p> <p>La ESCAV emplea una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en viviendas familiares en la CAPV. La información se recoge mediante dos cuestionarios (individual y familiar) que cubren las principales dimensiones del estado de salud, sus factores determinantes (hábitos, prácticas preventivas y entorno) y la utilización de servicios sanitarios. En cada edición se han ido incluyendo nuevas preguntas. Varios de los ítems están relacionados con el cuidado, dirigiéndose tanto a las personas que requieren cuidados como a las que los proveen</p>	<p>Las características sociodemográficas y de salud descritas anteriormente tanto de las personas que requieren asistencia en su vida cotidiana como de aquellas que desempeñan estas tareas de asistencia permiten conocer la experiencia de cuidado vivida en la CAPV. Es preciso profundizar en el análisis de estos datos para tratar de establecer posibles relaciones que posibiliten explicar las desigualdades observadas, así como hacer un seguimiento en futuras ediciones de la ESCAV para observar su evolución. Asimismo, resultaría de interés evaluar si las personas cuidadoras conocen los servicios de los que pueden disponer y cuál es su grado de utilización para poder comprender las causas del empeoramiento de la salud de las personas cuidadoras y, si es necesario, modificar las políticas existentes en materia de cuidado.</p>
---	---	---	---

<p>DEFINICIÓ OPERATIVA AMB DISCAPACITAT EN PERSONES DE DEPENDÈNCIA PSÍQUICA.</p> <p>ESTUDI DEFDEP (I). Generalitat de Catalunya <i>Salvador-Carilla</i> Espanya.2006</p>	<p>La promulgació de la llei de dependència a Espanya planteja un repte pel que fa a l'aplicació d'aquest nou constructe en salut als pacients amb trastorns mentals greus i a les persones amb discapacitat intel·lectual. Es pretén desenvolupar una classificació de l'esquizofrènia i de la discapacitat intel·lectual basada en El funcionament, que pugui incorporar-se als sistemes d'elegibilitat del programa d'atenció a la dependència a. Espanya</p>	<p>Es planteja un disseny mixt qualitatiu/quantitatiu amb diversos passos: 1) desenvolupament del marc conceptual 2) elaboració de criteris de dependència 3) anàlisi de la utilització d'aquests criteris per a classificar la dependència en una mostra de prevalença administrativa d'esquizofrènia i en una mostra amb discapacitat intel·lectual, 4) aplicació de tècniques híbrides d'estadística per a l'elaboració de classes de pacients esquizofrènics i de persones amb discapacitat intel·lectual en funció de la dependència, 5) comparació dels perfils d'ambdós mètodes, dels coeficients de concordança de Kappa i de la validesa predictiva, 6) elaboració d'una proposta per a la classificació</p>	<p>L'aplicació de tècniques d'atenció basada en l'evidència permet elaborar criteris útils per a optimitzar la classificació de les persones amb esquizofrènia i discapacitat intel·lectual, i millorar els criteris d'elegibilitat d'aquesta població en el futur sistema estatal de dependència.</p>
--	--	---	--

<p>EVALUACIÓN DE LAS SUBVENCIONES A ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL DEL ÁREA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE GESTIONA LA AGENCIA NAVARRA DE AUTONOMÍA Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS</p> <p>KIS-EVALUACIÓN DISCAPACIDAD, U.T.E</p> <p>Observatorio de la realidad social</p> <p>Gobierno de Navarra. 2018</p>	<p>El objeto general de esta asistencia técnica es evaluar el diseño, gestión, resultados e impactos alcanzados por las convocatorias de los años 2015 y 2016 de las subvenciones a entidades de iniciativa social domiciliadas en Navarra.</p>	<p>Metodología mixta y técnicas empleadas en la evaluación La evaluación se ha caracterizado, por dar un enfoque participativo a los agentes y seguir una perspectiva integral en cuanto a su estrategia de análisis. Desde el lado cuantitativo, se ha efectuado un análisis exhaustivo de la documentación existente sobre la convocatoria, en torno a la población con discapacidad y se han realizado tres encuestas: a personal directivo; a personas trabajadoras; y encuestas telefónicas a la población. Desde el lado cualitativo, se han realizado entrevistas en profundidad al personal técnico del Departamento y grupos de discusión con la población de diferentes localidades de la geografía navarra.</p>	<p>Se valora positivamente la capacidad y el esfuerzo de coordinación entre diferentes entidades para realizar y desarrollar los programas y/o actividades, optimizando de esta manera los recursos técnicos y económicos necesarios para llevarlos a cabo de una forma más eficiente. Sigue existiendo retraso en la resolución y ejecución de los pagos. La resolución de las convocatorias y de los justificantes de gastos, son cargas de trabajo con una reducida de plantilla, que se supera con dedicación, esfuerzos, no siendo sostenible a futuro. Las subvenciones, se resuelven con lentitud, se destina para el área de personas con discapacidad en la modalidad de "Fomento" (48%) y "Programas" (52%).</p> <p>Los programas más demandados por las entidades son los de "Ocio y tiempo Libre, "Atención individualizada a las personas con discapacidad o en situación de padecerla" y "Estimulación Cognitiva".</p>
---	---	--	--

<p>GUÍA LEY DE DEPENDENCIA. LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA <i>García Antón, María Ángeles et al.</i> SEGG.Madrid. 2011</p>	<p>Va dirigida a los profesionales sanitarios, con el objetivo de aclarar los conceptos y dar información sobre el desarrollo de la ley para que puedan dar una respuesta clara y eficaz a los familiares y a las personas mayores que se lo demanden.</p>	<p>Metodología mixta cuantitativa y cualitativos de estudios y revisión bibliográfica</p>	<p>Facilitando una mayor información a los profesionales se reduce sin duda en una mejor atención a las personas mayores</p>
<p>RESILENCIA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. <i>Crespo, María; Fernández-Lansac, Violeta</i> U. C. Madrid. Anales de psicología 2015,31 (1) 19-27 España 2015</p>	<p>Analiza la distribución de los niveles de resiliencia en cuidadores no profesionales (familiares) de personas mayores dependientes, y explora las características que poseen los cuidadores altamente resilientes. Para</p>	<p>Se administró la escala CD-RISC a una muestra de 111 cuidadores. Se distinguieron dos grupos: alta vs. moderada o baja resiliencia. Se analizaron las diferencias entre ambos grupos en las diversas variables que afectan al estrés del cuidador</p>	<p>Pone de manifiesto la importancia de la resiliencia como factor de protección en el ámbito del estrés crónico, incorporando aspectos positivos de la adaptación a los modelos teóricos de cuidado, los cuales tradicionalmente se han venido centran- do en el desarrollo de sintomatología</p>
<p>UN PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA, 2017. Indicadores estadísticos básicos <i>García, Antonio Abellán; Ayala García, Alba</i> INFORMES. Envejecimiento en red Núm. 15</p>	<p>Presenta una serie de indicadores demográficos, de salud, económicos y sociales que nos proporcionan una visión de la situación de las personas mayores en España, así como de los cambios que ha experimentado en los últimos años</p>	<p>Metodología cuantitativa basándose en cuestras y datos de estudios</p>	

<p>ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA. LIBRO BLANCO <i>IMSERSO. Ministerio de trabajo y asuntos Sociales</i></p> <p><i>Angell rodriguez Castedo, Pablo</i> <i>cobo Gálvez, Euan Manuel</i> <i>Duque Gómez et al.</i></p>	<p>Ofrecer al conjunto de Administraciones Públicas, a los agentes sociales, a los movimientos representativos de las personas mayores y de las personas con discapacidad, a la comunidad científica, a los proveedores de servicios y a la sociedad española entera, los elementos esenciales para poder desarrollar un debate con bases y fundamentos asentados en el rigor científico que desemboque en un deseable consenso general antes de llevar adelante la iniciativa legislativa que nos hemos propuesto.</p>	<p>Metodología descriptiva</p>	<p>Animar a compartir una pasión por la solidaridad entre los seres humanos y, encontrar vías y maneras de mejorar las condiciones de vida de las personas mediante el perfeccionamiento del sistema de protección social. Cuando el proyecto que este Libro Blanco inicia llegue a su culminación con la aprobación de la Ley Básica de Protección a la Dependencia marcaremos un hito histórico pues habremos avanzado en la construcción de una sociedad en la que la resolución de los problemas de sus miembros más débiles y vulnerables se habrá convertido en una realidad.</p>
<p>LA SOBRECARGA DE CUIDADORES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES</p> <p><i>Margarita M. Pardo Alfaro, M.;</i> <i>Cañas Belmar M.P.</i> U. de Castilla-La Mancha U de la Rioja. 2016</p>	<p>Se quiere probar con este estudio si existen diferencias, para obtener evidencia que permitan generar programas específicos de apoyo como medida de prevención de situaciones no deseadas que, por otro lado, generan mayor esfuerzo al sistema de atención a la dependencia en el país.</p>	<p>Para ello se han utilizado por un lado la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y por otro Caregiver Strain Index –CSI- o Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador, en su versión española. Se ha aplicado a medio rural y urbano y varias poblaciones de menor densidad.</p>	<p>Los resultados, indican que los niveles de esfuerzo(carga), fueron superiores a los que se mostraron en la escala de Zarit. Esta escala permitió mayor sencillez y comprensión de los ítems y fue más práctica a la hora de aplicarla. Tiene fiabilidad. La puntuación media del índice de esfuerzo del cuidador indica alto índice de esfuerzo</p>

<p>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTO DEPENDIENTE</p> <p><i>Gómez Sánchez, Ana</i> Nuberos Científica 2010,2(11) 21-26 España 2010</p>	<p>Revisar qué tipo de intervenciones se están llevando a cabo con los cuidadores informales y las consecuencias de éstas, así como impulsar su desarrollo desde un ámbito multidisciplinar donde la enfermería desarrolla un papel fundamental</p>	<p>Se han revisado los trabajos publicados a nivel nacional e internacional en las principales bases de datos: PubMed, Cuiden, CINAHL, Cochrane, PshycInfo, IME (CESIC) y EMBASE. Así como revistas españolas indexadas y no indexadas.</p>	<p>Los cambios sociales y demográficos que acontecen la realidad social de nuestro país: “envejecimiento poblacional, situación social de las mujeres y cambios de roles tradicionales” implican que el Estado de Bienestar deba adaptarse y responder a las nuevas demandas. Los familiares cuidadores deben ser considerados recursos esenciales en la atención a las personas dependientes y las políticas sociales deben mantener este recurso básico. La bibliografía revisada muestra que, es difícil modificar el malestar de los cuidadores dado que cuidar es un estresor crónico que se mantiene tras las intervenciones, existen resultados positivos de los grupos de trabajo con cuidadores. Se evidencia la necesidad de seguir trabajando en este sentido, desarrollando programas adaptados a las necesidades de los cuidadores, con actuaciones multidisciplinarias, tanto preventivas como de soporte, para mejorar su estado emocional, lo que repercutirá a</p>
--	---	---	---

			<p>su vez en el estado anímico de la persona dependiente. Los enfermeros son los profesionales que desempeñan un importante papel en la salud de los cuidadores y sus familias. Como enfermeros no debemos cesar en el intento de ayudar a cuidar a los cuidadores, no sólo como un objetivo político contribuyendo a retrasar la institucionalización, sino dando las herramientas necesarias a las personas para poder facilitar el desarrollo de su deseo vital de permanecer entre los suyos y envejecer en su hogar. Sin la generosa labor del cuidador una sociedad tan envejecida como la nuestra difícilmente podría sostenerse</p>
<p>MANUAL PRÁCTICO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA José Ramón Martínez Riera, Rafael del <i>Pino Casado</i>. España.2013</p>	<p>Ofrecer a las enfermeras, estudiantes, docentes, investigadores, una obra ágil, dinámica de fácil consulta, pero sin desdeñar detalles, amplia en cuanto a contenidos, pero centrada en lo importante, ordenada, sencilla y completa al mismo tiempo.</p>	<p>Metodología basada en la evidencia científica basada en la revisiones bibliográficas</p>	

	Una obrar que sea un elemento de soporte a la atención directa, una herramienta pedagógica, una ayuda docente y un referente d estudio, análisis y reflexión		
<p>SALUD DEL CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: MODELO EXPLICATIVO</p> <p><i>Andrea Vázquez Martínez</i> Tesis. U. de València. Facultad de psicología España. 2014</p>	evidencias sobre la importancia que tiene el modo de afrontar el cuidado en el proceso de estrés del cuidador, hasta donde sabemos, no se han realizado estudios de contrastación empírica en nuestro entorno en los que se analice la influencia y el peso de las variables incluidas en el proceso de estrés del cuidador familiar. En este sentido, son escasos los estudios realizados en nuestro país que hayan contrastado empíricamente dichos modelos utilizando muestras y procedimientos adecuados, y la mayoría son fruto de la experiencia con cuidadores o se plantean en función de la literatura existente modelo explicativo de la salud del cuidador familiar que presentamos en esta Tesis Doctoral, trataremos de explicar las relaciones causales y determinar el peso específico de las variables que constantemente se señalan en los modelos de estrés y	Planteamos un estudio con una muestra amplia de 309 cuidadores. A diferencia de otros trabajos y con objeto de mostrar una realidad más amplia, no sólo se incluye a cuidadores de un familiar con demencia, sino que también a cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia, personas con enfermedades crónicas y degenerativas, personas con enfermedad mental, personas con discapacidades físicas e intelectuales y personas con enfermedad terminal, entre otras. Esto es, cuidadores familiares de personas que necesitan ser cuidadas independientemente de la edad de la persona receptora del	Esperamos que todo ello contribuya en definitiva a mejorar el bienestar de las personas cuidadoras y de sus familiares en situación de dependencia. Conocer el perfil del cuidador familiar e identificar las principales características del cuidado. La importancia del apoyo en el cuidado familiar es indiscutible. El cuidador familiar como el tipo de apoyo más utilizado y como una pieza fundamental a la hora de proveer cuidados a las personas que lo necesitan se trata de uno de los recursos más valiosos en la mejora de la salud de la persona enferma que precisa de cuidados. Prevenir y evitar que el cuidador esté o se sienta solo en el cuidado y ofrecer las ayudas necesarias mediante programas sociosanitarios, el entrenamiento en habilidades de autocuidado disminuye el riesgo de abandono del cuidado familiar y que favorece la calidad de vida de ambos.

	<p>afrentamiento, esto es, la carga percibida, las estrategias de afrontamiento, la satisfacción con el cuidado y las repercusiones en la salud del cuidador</p>	<p>cuidado o de la situación que le ha generado la dependencia.</p>	<p>Las mujeres son quienes experimentan un mayor grado de estrés. Existe una relación inversa entre la carga percibida y el autocuidado. Los cuidadores con mayor nivel de estrés ponen en marcha menos comportamientos y conductas saludables sobre sí mismos, son lo que mayores deseos tienen de delegar los cuidados a otras personas del entorno familiar</p>
<p>BIENESTAR, APOYO SOCIAL Y CONTEXTO FAMILIAR DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES</p> <p><i>Domínguez Guedea, M.T.; Ocejo García, A; Alfonso Rivera Sander, M.</i></p> <p>Acta de investigación psicológica.2013,3 (1)</p> <p>U. de Sonora</p> <p>México 2013</p>	<p>Explorar el papel mediador de la percepción de apoyo social en la influencia que ejerce un contexto familiar problemático sobre el bienestar subjetivo de cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales.</p>	<p>Participó una muestra no probabilística de 464 cuidadores familiares, respondiendo instrumentos psicométricos previamente validados para la población de referencia.</p>	<p>Se coincide con la literatura que documenta el efecto buffer del apoyo social, así como también se aportan datos que enriquecen el conocimiento sobre circunstancias familiares y sociales asociadas al bienestar de cuidadores familiares mexicanos.</p>

<p>CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y EL CUIDADO DE MAYORES DEPENDIENTES</p> <p><i>Ana Teresa Piccini Larco</i> Tesis U. C. Madrid España. 2015</p>	<p>de la compatibilización del trabajo y el cuidado que presentan los cuidadores de personas mayores dependientes, así como conocer las repercusiones que éstos pueden tener en el estado emocional de los cuidadores, estableciendo las características moduladoras de tal efecto y tomando como referencia nuestro entorno sociocultural. Con todo ello se pretende avanzar en el conocimiento de los problemas en la conciliación laboral y el cuidado y sus efectos en el estado emocional de los cuidadores. De esta forma se podrá contribuir en la elaboración de estrategias necesarias que permitan al cuidador trabajador cuidar de forma deseable al ser querido y, al mismo tiempo, se consiga un nivel de desarrollo profesional satisfactorio.</p>	<p>Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra de 123 (81 cuidadores trabajadores y 42 cuidadores no trabajadores) cuidadores familiares de mayores dependientes captados a través de diversos centros e instituciones de atención a personas mayores. La recogida de información se efectuó mediante dos baterías de evaluación compuestas por diferentes instrumentos de medida, una en formato heteroaplicado y la otra en formato autoaplicado.</p>	<p>Los cuidadores trabajadores no se encuentran emocionalmente más afectados por la duplicidad de (hipótesis de la teoría de enriquecimiento o expansión de recursos. Conocer los efectos que puede tener en el cuidador la duplicidad de roles al experimentar conflictos entre el trabajo y el cuidado, permitirá elaborar estrategias de intervención concretas que ayuden a aminorar los efectos negativos que se pueden producir, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los cuidadores y factores de riesgo asociados a ellos. Las intervenciones deben producirse en dos niveles: individual y organizacional. A nivel organizacional, es necesario el diseño de políticas institucionales de conciliación que faciliten acuerdos laborales más flexibles, que se desarrollen culturas organizacionales de mayor apoyo a los trabajadores, y que aumenten los accesos a recursos formales de apoyo.</p>
--	--	--	---

<p>LA TERCERA EDAD AVANZADA: AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA. UNA CONCEPCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL. ESTRATEGIAS SOCIO-SANITARIAS PARA UNA INTERVENCIÓN</p> <p><i>MONTES SAMPEDRO, M.T.</i> Tesis UPNA España.2017</p>	<p>En el objetivo general se trata de la autonomía de la tercera edad avanzada en nuestra Comunidad Foral Navarra. En los específicos se detienen en las dimensiones que articulan la fundamentación teórica: biológica-médica, psicológica, social y jurídica. Ya que el ser humano es una persona integral y todo aquello que le sucede lo vive de una manera global e integrada en su vida.</p> <p>La autonomía de estas personas es el eje central de esta investigación. Se van a fijar tanto en la dependencia, sino en lo que hace que las personas mayores sean autónomas y conscientes de su valor dentro de nuestra sociedad. Ya que son miembros activos de ella.</p> <p>El estudio se va a realizar según las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH) y la Declaración de Helsinki. Además de la aprobación del Comité de Ética.</p>	<p>Metodología mixta:</p> <p>-Metodología cuantitativa: Aplicación de cuestionarios para poder realizar un diagnóstico general de la tercera edad en Navarra: Estudio de número amplio de sujetos: Tercera edad, situación general. Técnicas: test cuestionarios.</p> <p>-Metodología cualitativa: Realización de aquellas técnicas que nos ayuden a realizar el diagnóstico de aspectos concretos de los pacientes de la Tercera Edad avanzada. Análisis “cualificado” de los aspectos estudiados en el estudio cualitativo: Cuestiones a estudiar de forma individual: Test cuestionarios:</p>	<p>La autonomía de ABVD es MAYOR en hombres que en mujeres (media de 88,50 frente a 77,05).</p> <p>La autonomía funcional AIVD es MAYOR en mujeres que en hombres (Media: 4,46 en mujeres frente a 3,27 en hombres). Siendo las puntuaciones moderadas en ambos.</p> <p>El deterioro cognitivo es MAYOR en mujeres que en hombres (media de 21,41 frente a 24,04).</p> <p>La autonomía tanto funcional como cognitiva es mayor en el sexo masculino y menor en el sexo femenino o el deterioro tanto funcional como cognitivo es MENOR en el sexo masculino o MAYOR en el sexo femenino</p>
--	---	--	---

<p>REPERCUSIONES DEL CUIDAR EN LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS, EN SU DOMICILIO</p> <p><i>Chirveches Pérez, Emília</i> Tesis U. Barcelona España. 2014</p>	<p>Identificar el tipo de cuidados que prestan los cuidadores informales de pacientes intervenidos de cirugía abdominal en el Consorcio Hospitalario de Vic (Barcelona), comparar la carga que suponen estos cuidados en las diferentes fases del proceso quirúrgico (preoperatorio, transición del hospital al domicilio, convalecencia y; conocer las repercusiones del cuidar sobre su salud.</p>	<p>Estudio observacional longitudinal con una sola cohorte de cuidadores informales no remunerados y mayores de edad, de pacientes con patología quirúrgica abdominal. La muestra se obtuvo de manera consecutiva y no probabilística, entre febrero de 2011 y marzo de 2012. Las variables estudiadas fueron: características sociodemográficas de los cuidadores informales y de los pacientes, cuidados que presta el cuidador informal y repercusiones sobre su estado de salud según el cuestionario ICUB97-R y la taxonomía NOC. Se realizó un análisis estadístico descriptivo bivariado y multivariado de todas las variables, obtenidas durante el ingreso, el alta y la convalecencia domiciliaria.</p>	<p>El proceso quirúrgico conlleva una carga de cuidados que es asumida por cuidadores y varía (preoperatorio, la transición del hospital al domicilio y la convalecencia). La mayor necesidad de cuidados coincide con la llegada a casa tras el alta hospitalaria y varía dependiendo de si los pacientes cuidados eran dependientes o no antes de la intervención quirúrgica y/o si tienen o no cáncer. La aparición de repercusiones del cuidado sobre la salud de los cuidadores sigue la misma tendencia que los cuidados prestados a los pacientes quirúrgicos y surgen más cuando los pacientes tienen diagnóstico de cáncer. Las variables predictivas de repercusiones sobre la salud de los cuidadores en el proceso quirúrgico durante la transición del hospital al domicilio son: diagnóstico de cáncer y los NOC: Satisfacción de la salud emocional, Trastorno de la actividad rutinaria, Sensación de control y Patrón del sueño.</p>
---	--	---	---

<p>FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD DE LAS CUIDADORAS PRINCIPALES DE PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DE HUELVA</p> <p><i>Rodríguez Pérez, Margarita</i> Tesis. U. de Huelva España.2013</p>	<p>Conocer el estado de salud de las cuidadoras principales de personas mayores con dependencia, a través de la calidad de vida, el cansancio del rol de cuidador y la percepción de carga, y los factores que la determinan.</p>	<p>Estudio transversal realizado en un centro de salud urbano de Huelva. Los sujetos de estudio: 86 cuidadoras y las personas receptoras de cuidado. Las variables e instrumentos: caract. sociodemográficas y de salud percibida recogidas en una guía diseñada para la investigación; apoyo social valorado con el cuestionario Duke-UNK; los estilos de afrontamiento valorado con cuestionario de estilos de afrontamiento ante el estrés; las expectativas de autoeficacia fueron evaluadas a través del cuestionario de autoeficacia general; la calidad de vida fue valorada mediante el cuestionario WHOQOL-BREF; la percepción de carga con el cuestionario de sobrecarga de Zarit y el cansancio del rol de cuidador con la valoración recogida en el diagnóstico.</p>	<p>Las cuidadoras del estudio presentaron niveles moderados de carga y valoraron que su calidad de vida era buena, encontrando relaciones entre la percepción de carga, la calidad de vida y el cansancio del rol. Se comprueba la influencia positiva del apoyo social confidencial y las expectativas de autoeficacia con una menor percepción de carga y de forma negativa un mayor número de cuidados y la estrategia de afrontamiento centrarse en las emociones y desahogarse. Asimismo, comprobamos la influencia positiva del apoyo social, las expectativas de autoeficacia, la satisfacción con la vida y seguir manteniendo sus relaciones sociales habituales con una mejor calidad de vida.</p>
---	---	--	--

		Las variables e instrumentos utilizados para las personas con dependencia fueron: las caract. sociodemográficas y el estado de salud se recogieron en una guía diseñada para este estudio; la capacidad funcional para realizar las ABVD y AIVD fue valorada con el cuestionario de Barthel y el índice de Lawton respectivamente; el nivel cognitivo con el cuestionario de Pfeiffer	
<p>CUIDANDO SE CUIDA</p> <p><i>Elizalde Munárriz, Ainhoa</i></p> <p>TFM UPNA</p> <p>España 2011</p>	<p>Formar a los cuidadores de ancianos dependientes ayudándoles a conocer y afrontar la realidad una vez que estos son dados de alta y llegan a sus domicilios.</p> <p>El proyecto está planteado en tres ideas básicas: los cuidados hacia la personas dependiente; cómo cuidar cuidándose sin que suponga un riesgo para su salud y por último los recursos sociales de apoyo al cuidador y al anciano.</p>	Elaboración de intervención a cuidadores familiares basándose en Revisión biobibliográfica	Necesidad de crear una intervención para afrontar el momento del alta y la llegada al domicilio.

<p>CUIDAR Y CUIDARSE: PROTOCOLO DE AYUDA A CUIDADORES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE LESAKA</p> <p><i>Elizalde Indaburu, Amaia</i> TFM. UPNA España 2012</p>	<p>Mejorar la salud psíquica y social de los cuidadores de los enfermos de Alzheimer y desarrollar capacidades en ellos para cuidar y cuidarse a sí mismos.</p>	<p>Mixta, basada en revisión bibliográfica. El programa se realizó tomando como modelo las experiencias de otras CCAA que llevaban tiempo trabajando en ello. Es el resultado de un trabajo conjunto entre los departamentos de Asuntos Sociales y de Salud referente a la cuantificación las estimaciones se hacen mediante estimaciones indirectas ya que en muchas ocasiones no disponemos de censos completos de población afectada.</p>	<p>La propuesta de oferta de servicios dirigida a personas con TMG debe ser diferente según la zona donde residen las personas afectadas. Teniendo en cuenta no solo las diferencias geográficas sino además los modelos de funcionamiento de las personas y de los propios recursos. Referente a la cuantificación las estimaciones se hacen mediante estimaciones indirectas ya que en muchas ocasiones no disponemos de censos completos de población afectada.</p>
<p>CUIDADORES PRINCIPALES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES</p> <p><i>Froilán, Aldaya Celada; Rosa, Orellán, García</i> TFG UPNA 2014</p>	<p>Se pretende ofrecer al cuidador principal de personas dependientes un curso ágil, rápido y eminentemente práctico con el concepto de formación anticipada como principal aliado. Formación anticipada que permite que el paciente disponga de una mejor transición desde el Centro Hospitalario a</p>	<p>Revisión de evidencia científica</p>	<p>Beneficio económico para el Sist. sanitario ya que la formación del cuidador principal durante el periodo comprendido entre el alta del paciente y la activación del Sist. sanitario evita el efecto rebote del paciente al centro asistencial de donde procedió.</p>

	<p>su domicilio y que a la vez, se minimice la incertidumbre del cuidador mientras se organizan sus cuidados por parte del departamento de atención domiciliaria. El curso pretende ser de utilidad pública, gratuito, de carácter universal y ofrecido al SNS_O.</p>		<p>El coste de dotar a profesionales sanitarios para el cuidado de este tipo de pacientes es menor el coste de reingreso.</p> <p>Este curso consigue que la familia gestione los cuidados básicos hasta que enfermería, en colaboración con la trabajadora social establezcan un plan de actuación personalizado</p> <p>Mediante una formación al cuidador principal previa al alta del paciente, enfermería puede comenzar su labor, reforzando y/o modificando aspectos relativos al cuidado ya que el cuidador principal tendrá la experiencia de unos 5 días para comunicarle a la enfermera del centro de salud cualquier aspecto que considere importante para mejorar sus cuidados</p> <p>La formación al cuidador no profesional nos sitúa ante un triple beneficio: el aumento de la calidad de vida del paciente y del cuidador y la reducción de los costes sanitarios</p>
--	---	--	---

<p>PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL FAMILIAR O CUIDADOR INFORMAL SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DEMENCIA</p> <p><i>Bueno, Izaskun Turrillas</i> TFG.UPNA 2015</p>	<p>Educar al familiar o cuidador informal sobre el manejo del paciente con demencia en situaciones difíciles mediante la elaboración de una propuesta de intervención educativa.</p>	<p>Este proyecto se ha llevado a cabo mediante una búsqueda bibliográfica de diferentes documentos de texto, entre los que se encuentran artículos de revista, libros, guías, trabajos fin de grado... etc. Dichos documentos han sido encontrados a través de diferentes bases de datos nacionales e internacionales, facilitadas en su mayoría por el servicio de biblioteca de la Universidad Pública de Navarra.</p>	<p>La falta de conocimiento y experiencia de los cuidadores informales en torno a la demencia y su manejo supone un problema de mayor relevancia e impacto tanto en el ámbito sanitario como social. La conveniencia de realizar una prueba en la primera sesión educativa, para adaptar el proyecto a las necesidades de los participantes. Siendo necesario un trabajo muti-interdisciplinar, siendo la enfermera una de las piezas fundamentales</p> <p>Más que el manejo en el día a día, se va a priorizar la educación también en las situaciones difíciles descritas, ya que al final son éstas las que más preocupación y ansiedad causan entre los cuidadores. Existe la necesidad de que a los cuidadores también se les eduque sobre su propio autocuidado y de las posibilidades de ayuda que existen en su entorno.</p>
---	--	--	--

<p>SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL DE UNA PERSONA CON DEMENCIA EN UN MEDIO RESIDENCIAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</p> <p><i>Pérez de Obanos Martell, M.</i> TFG España.2014</p>	<p>Realizar una revisión bibliográfica, para conocer qué aspectos se han estudiado y plantear futuras líneas de investigación, por su nivel de impacto no visibilizado ni en espacios públicos ni privados.</p> <p>Se quiere conseguir un acercamiento al concepto de la sobrecarga del cuidador familiar principal en diferentes contextos y lugares través de los diferentes autores.</p>	<p>La metodología escogida ha sido la cualitativa, porque es utilizada para las interpretaciones y significados de los fenómenos.</p> <p>Se ha realizado una revisión bibliográfica de los estudios ya publicados a nivel internacional</p>	<p>Se ha constatado que aquellos cuidadores que reciben apoyo por parte de la familia o de la red social, la estancia en el domicilio es más prologada que en aquellos casos que se carece.</p> <p>Se ha detectado la necesidad de crear nuevas herramientas para los profesionales y poder medir el fenómeno de la sobrecarga en medios residenciales. La creación de grupos de autoayuda para personas cuidadoras familiares, puede disminuir los problemas de salud mental de las cuidadoras a corto o medio plazo.</p> <p>Es necesario un acompañamiento durante el trascurso de la enfermedad a la persona cuidadora familiar. Tras el diagnóstico de la enfermedad, tanto el cuidador como el enfermo, pasan por una serie de fases que se podrían equipararse a las que plantea tras el fallecimiento de una persona: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.</p>
---	---	---	--

<p>FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO. MEDELLÍN, 2017</p> <p><i>Torres-Avendaño, Beatriz; Agudelo-Cifuentes, Maite Catalina; Pulgarin-Torres, Ángela María; Berbesi-Fernández, Dedsy Yajaira</i></p> <p>U. CES. Medellín Colombia. 2018</p>	<p>Identificar los principales factores sociodemográficos y del cuidado, asociados a la sobrecarga en el cuidador primario de la ciudad de Medellín para el año 2017.</p>	<p>Estudio transversal, cuantitativo, de fuente de información primaria obtenida por encuestas telefónicas. La muestra fue de 340 cuidadores. El consentimiento fue verbal.</p>	<p>El cuidador es un sujeto con derechos que requiere atención en programas de prevención de riesgos que se derivan del cuidado. Es necesario brindar educación y acompañamiento a las personas encargadas del cuidado para que se empoderen de su salud</p>
<p>CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR: ANÁLISIS DE SUS FACTORES RELACIONADOS (II)</p> <p><i>Suria, Eva Sanjuán; Monroy, Alfonso Meneses</i></p> <p>Reduca</p> <p>U. Compútese de Madrid España. 2014</p>	<p>Análisis de los factores relacionados del diagnóstico enfermero “Cansancio del rol de cuidador”, las repercusiones negativas que puede desencadenar el síndrome del cuidador y la causalidad de dichos factores como desencadenantes del diagnóstico.</p>	<p>Se realizó una búsqueda en las bases de datos: CUIDEN PLUS, DIALNET, THE COCHRANE LIBRARY PLUS, MEDLINE, PUBMED, ENFISPO....</p> <p>Se encontraron numerosos artículos que hacían referencia al tema consultado; por lo que se procedió a una selección en base al resumen y palabras claves de los artículos y en función de la antigüedad.</p>	<p>La enfermera es fundamental ya que es el profesional de referencia de los cuidadores y la primera en detectar cualquier indicador que pueda llevar al cuidador familiar a la claudicación del rol, y prevenirlo. Para ello debe elaborar y aplicar programas de educación para la salud con la intención de fortalecer las capacidades de autocuidado del cuidador, y de esta manera controlar los factores de riesgo, proporcionar cuidados, no solamente al paciente, sino</p>

			también al cuidador; con el fin de no excluirlo de la atención sanitaria. La atención asistencial del cuidador es un diagnóstico en alza y no hay cuidados sin cuidador
<p>IMPACTO DEL CUIDADO INFORMAL EN LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CUIDADORAS: ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO</p> <p><i>Isabel Larrañaga / Unai Martín / Amaia Bacigalupe / José María Begiristáin / María José Valderrama / Begoña Arregi</i></p> <p>Artículo. Gaceta sanitaria España. 2008</p>	<p>Caracterizar a los cuidadores informales, cuantificar el efecto que la actividad de cuidar tiene sobre su salud y determinar si éste es diferente según el sexo</p>	<p>Estudio descriptivo basado en la Encuesta de Salud del País Vasco 2002. Se compararon la salud física y mental, la utilización de servicios, la salud social y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas cuidadoras (n = 836) y no cuidadoras (n = 5.706).</p> <p>Se calcularon los modelos de regresión logística para estimar la asociación entre el cuidado y los resultados en salud por sexos, ajustados por edad, nivel socioeconómico y situación laboral.</p>	<p>Cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir. Cuando los hombres aumentan la carga de cuidados, las desigualdades de género se reducen o invierten</p>

<p>EL CUIDADO INFORMAL: UNA VISIÓN ACTUAL</p> <p><i>Moya-Albiol, Luis</i> Art. Revista de Motivación y Emoción España 2012</p>	<p>objetivo ofrecer información actualizada sobre el estado del sistema de cuidados informal, analizando para ello las consecuencias que conlleva para la salud del cuidador, así como el rol del género como variable moduladora de dichos efectos.</p>	<p>Cualitativa de revisión de evidencia</p>	<p>Diferencias de género en el cuidado, siendo las mujeres las cuidadoras principales en la mayor parte de los casos, además de disponer de peor salud que los hombres, y dedicar mayor tiempo al cuidado. También se ha puesto de manifiesto la existencia de ciertas variables que modulan la respuesta de estrés en los cuidadores, como el afrontamiento y el apoyo social, mostrando cierta eficacia para disminuir los efectos del cuidado sobre la salud.</p>
<p>EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS DIRIGIDOS A CUIDADORES PRINCIPALES DE FAMILIARES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.</p> <p><i>Amanda Medina González, Elena Martín Pontejo</i> Art. Gerokomos. 2018;29(1):22-28</p>	<p>El presente estudio se plantea describir la efectividad de los programas psicoeducativos en la disminución de la sobrecarga y la sintomatología derivada de la misma en cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer</p>	<p>Se ha llevado a cabo un proceso de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas nacionales e internacionales, y una búsqueda manual en editoriales electrónicas, guías de práctica clínica y motores de búsqueda y con una búsqueda secundaria de artículos. Se han admitido publicaciones realizadas entre enero de 2000 y febrero de 2014.</p>	<p>Se considera necesario profundizar en el desarrollo de nuevos programas psicoeducativos, superando las limitaciones metodológicas encontradas</p>

<p>THE IMPACT OF DEPENDENCY ACT BENEFITS ON EMPLOYMENT</p> <p><i>Fernando Bermejo, Raúl Del Pozo-Rubio</i> Art. Gaceta Sanitaria España. 2017</p>	<p>To assess the amount of employment generated from the effective development of the Dependency Act in 2012, by evaluating the number of jobs depending on whether in-kind services or cash benefits were applied.</p>	<p>The level and total costs of dependency were obtained by using the Survey on Disability, Personal Autonomy and Dependency Situations of 2008. The consumption of dependent households was collected from the Household Budget Survey of 2012 carried out by the Spanish Statistics Institute. The impact on employment was estimated using an extended Input-Output model based on Symmetric Input-Output Tables and labour data from the Spanish National Accounts Base.</p>	<p>Dependency benefits were equally distributed between in-kind services and cash benefits in 2012. Given that two out of three job positions generated from dependency benefits are linked to in-kind services, while the remaining third is generated by cash benefits, we conclude that around 146 thousand more jobs would have been generated if benefits had been offered as in-kind services instead of overusing cash benefit</p>
<p>PROGRAMAS E INTERVENCIONES DE APOYO A LOS CUIDADORES INFORMALES EN ESPAÑA</p> <p><i>Torres Egea, M^a Pilar; Ballesteros Pérez, Esperanza; David, Pablo; Castillo, Sánchez; Torres Egea, Pilar</i></p>	<p>Analizar las publicaciones científicas, aparecidas en los últimos diez años, que tratan sobre diferentes programas e intervenciones de soporte a los cuidadores informales, y que surgen de la preocupación de diferentes profesionales por la calidad de vida y la salud de los cuidadores</p>	<p>El diseño de estudio ha sido una revisión sistemática, publicaciones científicas consistentes en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, de revistas científicas con evaluación peer review durante los últimos 10 años, que planteen programas e</p>	<p>Se dispone de muy escasa evidencia, a pesar de las numerosas iniciativas y creciente interés de los diferentes profesionales en el desarrollo de estudios de intervención, orientados a dar soporte a los cuidadores informales. Casi la totalidad de los programas de apoyo a los cuidadores informales,</p>

<p>Rincón Científico. Art. GEROKOMOS 2008; 19 (1): 9-15</p>		<p>intervenciones dirigidas a los cuidadores informales dentro del territorio nacional español</p>	<p>inciden en la realización de intervenciones psicoeducativas grupales. Los programas de intervención se centran en su mayoría en el cuidador principal.</p> <p>La variedad de la duración de los diferentes programas e intervenciones, no considerándose definitivo un período mínimo de duración de estos. Aunque la continuidad es el factor que incide más directamente en el soporte a los cuidadores informales.</p> <p>La mayoría de las publicaciones analizadas no especifican el perfil de los cuidadores informales ni su situación de salud, tampoco detallan el grado de dependencia de los familiares a su cargo, dificulta el análisis e interpretación de los estudios y resultados.</p> <p>Es necesario seguir con ensayos clínicos controlados y aleatorizados, que ayuden a determinar la efectividad de éstos y así contribuir a disminuir la sobrecarga y el estrés que generan los cuidados de larga duración.</p>
---	--	--	--

<p>SOBRECARGA Y DOLOR PERCIBIDO EN CUIDADORAS DE ANCIANOS DEPENDIENTES</p> <p><i>Villarejo Aguilar, L., Zamora Peña, MA., Casado Ponce G.</i> Art. Enfermería Global 2012 nº 27</p>	<p>Evaluar la sobrecarga subjetiva y el dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes y determinar si la intensidad del dolor percibido está asociado a la sobrecarga de la cuidadora.</p>	<p>Estudio observacional, descriptivo transversal. Variables: edad, sexo, parentesco familiar, convivencia con el paciente, nivel educativo, tiempo como cuidador, trabajo remunerado, Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) e intensidad del dolor (EVA). Análisis estadístico descriptivo e inferencial: Test T de Student, r de Pearson y ANOVA, según los casos.</p>	<p>Las cuidadoras de ancianos dependientes presentan elevados índices de sobrecarga y percepción del dolor provocada por propias características de los cuidados que requieren los ancianos dependientes. Existe una relación directa entre la intensidad del dolor y el grado de sobrecarga de las cuidadoras</p>
<p>SOBRECARGA Y BURNOUT EN CUIDADORES INFORMALES DEL ADULTO MAYOR</p> <p><i>De Valle-Alonso, M.J. MJ;Hernández-López, I.E. le Zúñiga-Vargas, ML M.L.; Martínez-Aguilera, P.</i> Art. Enfermería Universitaria 2015 Mexico.2014</p>	<p>Conocer las condiciones personales, de sobrecarga y su relación con el Síndrome de Burnout en el cuidador informal del adulto mayor.</p>	<p>Estudio correlacional y transversal. Muestreo no probabilístico. Muestra: 52 cuidadores informales de ancianos de ambos sexos. Se utilizó cédula de datos personales, la escala de Zarit y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. El procesamiento de datos se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences versión 20.</p>	<p>La sobrecarga y el síndrome de Burnout en los cuidadores familiares se encontraron bajos. El factor relacionado con la sobrecarga y el Burnout fue el tiempo diario dedicado al cuidado. Con base en los resultados, se propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a familiares de ancianos; con el fin de contribuir el bienestar de los cuidadores.</p>

<p>PRIMEROS MOMENTOS DEL CUIDADO: EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN CUIDADOR DE UN FAMILIAR MAYOR DEPENDIENTE</p> <p><i>Moral-Fernández, Lourdes; Frías-Osuna, Antonio; Moreno-Cámara, Sara; Palomino-Moral, Pedro A.; Del-Pino-Casado, Rafael</i> Art. Atención Primaria.50(5) España 2018</p>	<p>Describir el proceso inicial por el que pasan las personas que se convierten inminentemente en cuidadores de algún familiar mayor en situación de dependencia. Diseño: Estudio cualitativo cuyo análisis se ha regido por los principios de la teoría fundamentada.</p>	<p>Se han llevado a cabo 11 entrevistas en profundidad a personas que llevan cuidando menos de un año a un familiar mayor con dependencia hasta la saturación de la información</p>	<p>La descripción de este proceso proporciona una mejor comprensión de la experiencia de convertirse en persona cuidadora familiar, con el fin de ayudar a los profesionales de la salud a adaptar los planes de atención a esta situación inicial</p>
<p>EFFECTO DEL PROGRAMA PLAN DE EGRESO EN LA DÍADA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES</p> <p><i>Melo Melo, Blanca Gregoria; Vargas Hernández, Yamile; Carrillo, Gloria Mabel; Alarcón Trujillo, Diana Katherine</i> Art. Enfermería Clínica; 28(1) Colombia. 2017</p>	<p>Determinar el efecto del programa Plan de egreso hospitalario en díadas conformadas por personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares para fortalecer su competencia de cuidado en el hogar-CUIDAR-y disminuir la carga del cuidador.</p>	<p>Estudio de abordaje cuantitativo cuasiexperimental con grupo de intervención; se caracterizaron 62 díadas que consultaron en una instit. de salud de Girardot (Colombia); se aplicó la intervención Plan de egreso durante un mes, se realizó medición antes y después de la competencia para el cuidado en el hogar y de la carga del cuidado de los cuidadores</p>	<p>El programa Plan de egreso es una estrategia que aumenta la competencia para cuidar en el hogar de la díada persona con enfermedad crónica cuidador familiar, y disminuye la carga del cuidador</p>

<p>ANÁLISIS DE GÉNERO DE LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL CUIDADO INFORMAL</p> <p><i>del Mar García-Calvente, María; del Río Lozano, María; Castañ Ló pez, Esther; Mateo Rodríguez, Inmaculada; Maroto Navarro, Gracia; Hidalgo Ruzzante, Natalia</i></p> <p>Art. Gaceta Sanit. 24(4) España.2010</p>	<p>Analizar, con un enfoque de género, las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal</p>	<p>Diseño cualitativo con entrevistas individuales y grupo de discusión. Mediante muestreo intencional de 18 profesionales de atención primaria (Distrito Sanitario de Granada). Se analizó los contenidos con las categorías:</p> <p>a) percepciones: conceptos de dependencia y cuidado informal, roles de género e impacto en salud;</p> <p>b) actitudes: conservadora, actitud hacia el cambio y derecho a no cuidar.</p>	<p>Se identifican algunas percepciones y actitudes de profesionales ante el cuidado informal poco sensibles o potencialmente negativas para la equidad de género, como son la actitud conservadora que otorga a la familia la principal responsabilidad de cuidar y algunos estereotipos sexistas que atribuyen a las mujeres más capacidades para hacerlo. Se precisa formación específica de los y las profesionales para potenciar la incorporación del enfoque de género en el trabajo que realizan en relación con el cuidado informal.</p>
<p>APOYO SOCIAL: PERCEPCIÓN DE CUIDADORAS FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES AFROCOLOMBIANAS EN GUAPI, CAUCA</p> <p><i>Maluche Sánchez, Alexandra; Florisa Velásquez, Vilma</i></p> <p>Art. Hacia promoc. salud. (22) Acuca.2017</p>	<p>Describir el efecto de un programa de apoyo social para cuidadoras familiares de personas mayores afrocolombianas con discapacidad en Guapi-Cauca.</p>	<p>Cuantitativa de tipo cuasiexperimental, sin grupo control, con preprueba y posprueba. Muestra intencional de 50 cuidadoras familiares afrocolombianas. El programa de apoyo social, culturalmente congruente, fue aplicado por la enfermera investigadora y dos lideresas de la comunidad.</p>	<p>El programa de apoyo social abordado desde la perspectiva cultural es una oportunidad para crear diversidad terapéutica con mediación entre saberes populares y profesionales y mostró efectos estadísticamente significativos sobre el apoyo social global (Valor-p < 0,001) y por dimensiones en las cuidadoras familiares (Valor-p < 0,001)</p>

		Información recolectada con cuestionario MOS-Apoyo social, procesado y analizado con métodos descriptivos y prueba de rango signado de Wilcoxon. Consideró aspectos éticos	
<p>CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS DEPENDIENTES</p> <p><i>García Cueto, Belén; García Martínez, Cristina</i></p> <p>Art RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA) 20017; 5(3)</p>	<p>Conocer los cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes.</p> <p>Conocer la situación de los cuidadores familiares, los motivos de sobrecarga del cuidador familiar, exponer las características de las intervenciones enfermeras sobre los cuidadores familiares y enumerar los recursos existentes para los cuidadores familiares.</p>	<p>Se ha realizado una búsqueda bibliográfica entre los meses de noviembre de 2015 y febrero de 2016 en diferentes bases de datos, revistas relacionadas con el ámbito sanitario y páginas web de organismos oficiales.</p>	<p>El perfil del cuidador familiar es el de una mujer, de mediana edad, sin trabajo remunerado, con bajo nivel de estudios y familiar de primer grado de la persona dependiente. La percepción sobre el cuidado no es la misma para cuidadoras que para profesionales. El método más utilizado para evaluar la sobrecarga del cuidador es el cuestionario de Zarit. El cuidar conlleva consecuencias tanto positivas como negativas para la calidad de vida y la salud de la cuidadora. La enfermera puede ayudar a las cuidadoras mediante educación sanitaria sobre cómo cuidar de sí misma y cómo cuidar de la persona dependiente, o a través de la consulta por teléfono o la atención domiciliaria. Existen varios tipos de recursos a disposición de las</p>

			cuidadoras, incluida la Ley de Dependencia desde el año 2006. Los niveles de sobrecarga de la cuidadora familiar varían en función del lugar de residencia. Han aumentado los recursos dirigidos a las cuidadoras, aunque siguen siendo insuficientes, no llegando a todas por igual.
<p>Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática</p> <p><i>Zabalegui Yárnoz, Adelaida et al.</i> <i>Art. Rev Esp Geriatr Gerontol</i> <i>2008, 43 (3)</i></p>	<p>El propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a CP de ancianos dependientes.</p>	<p>Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada sobre intervenciones dirigidas a CP de personas mayores de 65 años dependientes, realizadas de 1996 a 2006. Los criterios de inclusión fueron: artículos primarios con selección aleatoria grupo experimental/control y que analizaran la eficacia de la intervención sobre la sobrecarga, la ansiedad o la depresión. La muestra final la compusieron 15 estudios que cumplían los criterios de inclusión.</p>	<p>La heterogeneidad de las intervenciones hace imprescindible, en esta área de estudio, valorar la relevancia clínica de los resultados además de la significación estadística. Dado que los efectos del cuidado son estresores crónicos difícilmente modificables, en futuros estudios se debería plantear diseños experimentales, sin olvidar las necesidades expresadas por los propios CP y promoviendo su participación</p>

<p>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA EN CUIDADORES: UN ESTUDIO PILOTO</p> <p><i>Martínez, Rosa Tulia Sánchez; Edith Milena Molina Cardona; Olga Rocío Gómez-Ortega</i></p> <p>Art. Rev Cuid 2016; 7(1): 1171-84 Bogotá 2016</p>	<p>Los cuidadores informales, son personas familiares o no, que asumen el cuidado directo a una persona por voluntad, necesidad u obligación cultural, no reciben remuneración y se exponen a problemáticas debidas al contexto y desgaste que significa cuidar, convirtiéndose en sujetos de cuidados para el profesional de enfermería, requiriendo generar estrategias de acompañamiento y fortalecimiento para evitar la sobrecarga del cuidador.</p>	<p>Estudio cuasiexperimental sin grupo control, con medición pre y post de las escalas de Zarit y APGAR familiar para evidenciar el efecto de las intervenciones de enfermería en el nivel de sobrecarga del cuidador derivadas de las necesidades de cuidado identificadas en la valoración previa de la diada cuidador-adulto mayor.</p>	<p>Se evidenció la disminución de la sobrecarga de cuidadores y el aumento del grado de funcionalidad de las familias al medirlos después de realizar las intervenciones identificación rol de cuidador, autocuidado, estrategias para brindar cuidado con calidad, manejo de conflictos intrafamiliares, comunicación, relajación y habilidades de cuidado.</p>
<p>VISIÓN Y EXPERIENCIA DE ENFERMERAS COORDINADORAS DE UNIDADES DE HERIDAS CRÓNICAS</p> <p><i>Gonzalo Esparza, I.; Fuentes Agúndez, A.; Morales Pasamar, M.J.; Nova Rodríguez, J. M.</i></p> <p>Art. Gerokomos 2016,27(3) 127-130 España 2016</p>	<p>Describir la experiencia e inquietudes de las enfermeras coordinadoras de unidades de heridas nacionales e internacionales y comprender el liderazgo de una enfermera en el equipo multidisciplinar</p>	<p>Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo con entrevistas semiestructuradas y análisis de datos mediante codificación, categorización y saturación de datos utilizando el software Atlas-ti 7.0.</p>	<p>La enfermería está capacitada para liderar unidades de heridas dada su competencia, siempre trabajando dentro de un equipo multidisciplinar y proporcionando una visión holística del paciente para conseguir un abordaje adecuado en prevención y/o tratamiento de este tipo de lesiones.</p>

<p>CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER</p> <p><i>Rodríguez, Sandra Vaquiro; Stiepovich Bertoni, Jasna</i></p> <p>Art. CIENCIA Y ENFERMERIA XVI (2): 9-16, 2010 Chile. 2010</p>	<p>Este traslado de responsabilidades del cuidado de la salud desde el estado a la familia, es necesario que se visibilice como problemática social, se establezcan políticas con enfoque de género que determinen correcciones de inequidades que proporcionan los estereotipos culturales tradicionales en el trabajo doméstico, al igual que se visibilice la necesidad de una mayor intervención de enfermería como apoyo al cuidado informal.</p>	<p>Se realizó una revisión bibliográfica acerca del cuidado informal, en lo que respecta a la inequidad de género en el cuidado de la salud en Chile.</p>	<p>Se observa la feminización en el cuidado informal como un paradigma de desventajas, esfuerzos, sacrificios relativos al género que conllevan a desigualdades innecesarias, evitables e injustas. La necesidad emergente de implementar estrategias desde todos los ámbitos: políticos, sociales, sanitarios y culturales al igual que generar conocimientos para el desarrollo de la ciencia de Enfermería, evidenciando el cuidado informal como una continuación del cuidado en el ámbito privado con contribución económica invisible del sistema de salud. Se proponen conductas de autocuidado con relación al riesgo en la salud de la cuidadora, dada la sobrecarga de cuidar y la importancia para enfermería en cuanto al saber, el ser y el hacer en el cuidado</p>
---	--	---	--

<p>MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN RESILIENCIA PARA CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ALZHEIMER</p> <p><i>Cerquera Córdoba, A. M.; Pabón Poches, D. K.</i> Art. Divers.: Perspect. Psicol. 2015 Vol. 11 (2) 181-192 U. Pontificia Bolivariana de Bucaramanga. 2015</p>	<p>diseñar un modelo de intervención psicológica en resiliencia, con enfoque cognitivo conductual, para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer</p>	<p>Se tienen en cuenta las variables depresión, carga, resiliencia, apoyo social y estrategias de afrontamiento, consideradas en la literatura como influyentes en el rol del cuidador. Para realizar el diseño se tiene en cuenta la propuesta metodológica de Mori, y para la evaluación del modelo en su estructura y proceso, la propuesta de evaluación de calidad del servicio de Donabedian</p>	<p>El diseño de programas de intervención para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer aparece como una alternativa necesaria para contrarrestar los efectos del cuidado. Este modelo brinda información necesaria para facilitar la réplica en otros contextos, y aporta los elementos requeridos para su implementación</p>
<p>AFRONTAMIENTO Y CARGA SUBJETIVA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES DE ANDALUCÍA, ESPAÑA</p> <p><i>Pérez-Cruz, M.; Muñoz-Martínez, M. A., Parra-Anguila, L.; Del-Pino-Casado, R.</i> Art. Atención Primaria 2017,49 (7) 381-388 España 2017</p>	<p>Analizar la relación entre el tipo de afrontamiento y la carga subjetiva en cuidadores primarios de familiares mayores dependientes en Andalucía (España).</p>	<p>Estudio transversal. Atención primaria de Andalucía. Muestra por conveniencia de 198 cuidadores primarios de familiares mayores dependientes. Afrontamiento (cuestionario Brief COPE), carga subjetiva (índice esfuerzo del cuidador de Robinson), carga objetiva (capacidad funcional [índice de Barthel], deterioro cognitivo [test de Pfeiffer],</p>	<p>El afrontamiento disfuncional se relaciona con una mayor carga subjetiva y el afrontamiento centrado en las emociones se relaciona con una menor carga subjetiva, con independencia de la carga objetiva, el género y el parentesco de la persona cuidadora.</p>

		problemas de conducta de la persona cuidada [inventario neuropsiquiátrico de Cummings] y dedicación al cuidado de la persona cuidadora), género y parentesco.	
<p>AUTOEFICACIA DEL CUIDADOR FAMILIAR DE LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO</p> <p><i>Zenteno, A.; Cid, P.; Saez, K.</i></p> <p>Art. Enfermería Universitaria 2017,14(3)146-154</p>	<p>Conocer la percepción de autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico por descompensación de su enfermedad crónica, que se encuentra en las Unidades de Paciente Crítico del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción, y relacionarla con sus características biopsicosociales y con los indicadores de morbilidad de la persona hospitalizada</p>	<p>Estudio cuantitativo, correlacional y de corte transeccional. Se aplicó la Escala de Autoeficacia para el Cuidado, la Escala de Autoestima y un cuestionario semiestructurado a 97 cuidadores familiares.</p>	<p>Se observó cómo algunas características biopsicosociales del cuidador e indicadores de morbilidad de la persona en estado crítico se relacionan con su percepción de autoeficacia e influyen en su decisión de adoptar una conducta promotora de salud frente a su autocuidado y el de su familiar</p>
<p>LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y EL SURGIMIENTO DE UNA BIOÉTICA INTERCULTURAL.</p> <p><i>SIURANA APARISI, J.C.</i></p> <p><i>U. Valencia</i></p> <p>VERITAS, Nº 22 (Marzo 2010) 121-157</p>	<p>Defiendo que el debate internacional sobre los principios de la bioética es uno de los más fructíferos para construir los fundamentos de una bioética intercultural. Tras recordar en qué consisten los principios de la bioética, tal y como han sido defendidos por Tom L. Beauchamp y James F. Childress en Estados Unidos, ofrezco una breve</p>		<p>esta ética cívica, que contiene los valores fundamentales que inspiran los derechos humanos, y partiendo de los principios de la bioética, que a su vez traducen al lenguaje de la bioética dichos valores y derechos fundamentales, vemos surgir lo que podríamos llamar una «bioética intercultural», capaz de articular un</p>

España 2010	mirada a estos principios desde Europa, América Latina, África y Asia. Continúo con una reflexión sobre dichos principios desde algunas de las grandes religiones del mundo. Todo ello me permite ofrecer importantes elementos para construir las bases de lo que podríamos llamar una «bioética intercultural»		lenguaje común entre las culturas, para afrontar los nuevos desafíos éticos que plantean las ciencias relacionadas con la salud y con la vida.
<p>DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL DETERIORO DE LA SALUD COMO CONSECUENCIA DEL CUIDADO INFORMAL EN ESPAÑA</p> <p>García Calvente, M.; del Río Lozano, M.; Marcos Marcos, J.</p> <p>Art Gac Sanit. 2011;25(S):100–107 Original España. 2011</p>	Analizar las diferencias en las características del cuidado que prestan mujeres y hombres a personas dependientes, y su asociación con la percepción del deterioro de la salud como consecuencia de cuidar	Estudio epidemiológico transversal (nacional), muestra de 7.512 cuidadoras principales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia 2008. Se analizo descriptivamente las caract. del cuidado (tareas realizadas, intensidad, frecuencia y duración) según sexo. Mediante regresión logística multivariada se analizó la asociación entre la percepción de deterioro de la salud y las variables de cuidado, ajustando por características sociodemográficas	El mayor deterioro de la salud derivado del cuidado que perciben las mujeres está relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado. Las intervenciones orientadas a personas cuidadoras deberían ser sensibles a las desigualdades de género existentes en el cuidado informal

<p>Asistencia sanitaria en las demencias: Satisfacción y necesidades del cuidador</p> <p><i>Olazarán Rodríguez, J.; Sastre Paz, M.; Martín Sánchez, S.</i></p> <p>Art. Neurología 2012; 27(4):189-196 España.2012</p>	<p>La atención primaria (AP) y las consultas de neurología general (CN) asumen la principal carga en la asistencia sanitaria de los pacientes con demencia. Apenas se dispone de estudios acerca de la satisfacción del cuidador con estos ámbitos asistenciales.</p>	<p>Se diseñó y administró una encuesta a 75 cuidadores de pacientes con demencia que acudieron a revisión a una CN y que habían sido remitidos desde la AP. La encuesta incluía cuestiones relacionadas con los cuidados, la utilización de servicios y la satisfacción. Se recogieron, además, variables sociodemográficas y clínicas, se describieron los resultados de la encuesta y se realizó un análisis de correlaciones simples (r de Spearman) para explorar los factores asociados a la satisfacción</p>	<p>En un contexto de escasez de recursos, la satisfacción de los cuidadores de pacientes con demencia respecto de la asistencia sanitaria fue alta, posiblemente debido a la motivación de los profesionales y a la actitud positiva de los cuidadores.</p>
<p>IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE SUPERVIVIENTES DE UN ICTUS</p> <p><i>López-Espuela, F.; González-Gil, T.; Jiménez-Gracia, M. A. Et al.</i></p>	<p>Determinar la calidad de vida relacionada con la salud y el grado de sobrecarga del cuidador de un paciente tras un ictus.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal. Se incluyeron cuidadores que llevaban más de 6 meses y sin remuneración por cuidar. Proyecto aprobado por el Comité de Ética. Variables recogidas: variables sociodemográficas, cuestionario</p>	<p>La función de cuidador del paciente con ictus recae con más frecuencia en la mujer. El ser cuidador afecta a la calidad de vida, principalmente a las dimensiones de dolor y angustia, depresión, independientemente del estado funcional del paciente. Las enfermeras, debemos detectar sus</p>

<p>Art. Enfermería Clínica 2015, 25(2) 49-56 España.2014</p>		<p>de calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D), escala de Zarit, estado de ánimo y problemas de sueño. Resultados: Se incluyeron 48 cuidadores, la edad media fue de 55,63) y la mayoría mujeres (70,8%). El tiempo medio de cuidado fue de 28,8 meses. El 58% manifestaban tener un estado de ánimo deprimido, el 31,3% presentaba sobrecarga; y el 89,6% problemas de sueño. Las dimensiones que presentaron problemas (moderados o graves) en el cuestionario EQ-5D fueron dolor/malestar (66,7%) y angustia/depresión (68,8%). La puntuación de la escala de valoración analógica de la calidad de vida del EQ-5D se asoció a un peor estado de ánimo, a la presencia de dolor y con la escala de Zarit .</p>	<p>necesidades psicopatológicas y desarrollar estrategias que las aborden para prevenir el riesgo de claudicación.</p>
--	--	---	--

<p>RECUPERAR Y CONSERVAR AL FAMILIAR: ESTRATEGIAS DE LOS FAMILIARES CUIDADORES PARA HACER FRENTE A LAS CRISIS DE SALUD MENTAL</p> <p><i>de la Cuesta Benjumea, C.; López Gracia, M. V.; Arredondo González, C. P.</i></p> <p>Art. Aten Primaria. 2018; España 2018</p>	<p>Conocer y comprender las estrategias que llevan a cabo los familiares de personas con problemas mentales en las crisis de sus familiares enfermos.</p>	<p>Estudio cualitativo. Veintidós entrevistas semiestructuradas y analizadas según los procedimientos de teoría fundamentada constructivista desarrolladas entre enero del 2014 y febrero del 2016. El muestreo teórico guio la obtención de los datos que finalizó con la saturación de las categorías emergentes.</p>	<p>Los familiares cuidadores de personas con problemas mentales luchan por no perderles en las crisis y por conservar los vínculos familiares. Los profesionales de Atención Primaria deben dar importancia a estos vínculos pues determinan sus estrategias de cuidado durante una crisis y las estrategias para conservar al familiar</p>
<p>LA DEPENDENCIA: EFECTOS EN LA SALUD FAMILIAR</p> <p><i>Estrada Fernández, M. Eugenia; Gil Lacruz, Ana I.; et al.</i></p> <p>Art. Aten Primaria. 2018;50(1):23---34 España.2018</p>	<p>Los objetivos de este trabajo son analizar cómo influye el hecho de que en el hogar haya una persona dependiente en el estado de salud de las personas con quien convive y en los estilos de vida; compararlo con otras situaciones que impliquen dedicación de tiempo y energía, y analizar diferencias de género y edad en cada etapa del ciclo vital.</p>	<p>descriptivo transversal analizando datos secundarios. El método de recogida de información es el de entrevista personal asistida por ordenador en las viviendas seleccionadas, realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Un total de 19.351 individuos mayores de 25 años que realizaron la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.</p>	<p>Por lo general, convivir con una persona dependiente reduce la probabilidad de mantener estilos de vida saludables y deteriora la salud. Encontramos importantes diferencias de género y edad.</p>

<p>SENTIDO DE COHERENCIA Y SOBRECARGA SUBJETIVA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAS CUIDADORAS DE FAMILIARES MAYORES</p> <p><i>López-Martínez, Catalina; Frías-Osuna, Antonio; Del-Pino-Casado, Rafael</i></p> <p>Art. Gac Sanit. 2019;33(2):185–190</p> <p>España 2019</p>	<p>Analizar la relación entre el sentido de coherencia y la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes.</p>	<p>Estudio transversal en una región de la provincia de Jaén. Muestra probabilística de 132 personas cuidadoras familiares de mayores dependientes. Mediciones principales: sentido de coherencia (Cuestionario de Orientación a la Vida), sobrecarga subjetiva (Índice Esfuerzo del Cuidador), ansiedad y depresión (Escala de Goldberg), carga objetiva (Escala de Dedicación al Cuidado), sexo y parentesco. Análisis principales: análisis bivariado mediante el coeficiente de correlación de Pearson y análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple.</p>	<p>El sentido de coherencia podría ser un importante factor protector de la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes.</p>
<p>RELATO BIOGRÁFICO EXPRESADO DESDE LA NARRATIVA DE UNA CUIDADORA JOVEN A CARGO UN PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍAS</p>	<p>Describir a través del relato biográfico, la experiencia de una joven de 26 años como cuidadora principal de su abuela, la cual padece metapatologías y edad avanzada. Hemos elegido el relato biográfico por ser el método más</p>	<p>La técnica de recogida de datos empleada fue la entrevista en profundidad semiestructurada. Antes de comenzar dicha entrevista, se le entrega al informante un documento en el</p>	<p>La enfermería no sólo es conocer técnicas y actualización de conocimientos, debemos ser capaces de profundizar en nuestro trato con el adulto mayor y conocer en profundidad técnicas de apoyo y de empatía para su</p>

<p><i>Bandera López, M. L.; Escaño Cardona, V.; Caballero León, M. D.; et al.</i></p> <p>Art. Rev EnfeDocente.2016. 10743-46</p>	<p>especial y adecuado que mejor muestra y transmite la importancia de la entrega de los cuidadores y sus inseguridades y capacidad de aprendizaje. Los cuidados que precisa, el conocimiento y control que ha aprendido sobre la enfermedad, y cómo es su día a día forman parte del relato. Palabras clave: Anciano, calidad de vida, salud del anciano</p>	<p>cual afirma su consentimiento en la publicación del trabajo, en el mismo quedan señalados así mismo, los objetivos del estudio e información del estudio. Dicho consentimiento lo firma y se le explica que su intimidad quedará preservada con un pseudónimo según lo establecido en la ley orgánica de carácter personal LOPD 15/99 que garantiza la confidencialidad de los datos. La</p>	<p>cuidado más completo y óptimo. Nuestro papel implica una interacción pues, directa con su entorno social, por lo que conseguirá efectos positivos debido al apoyo emocional, información y ayuda, creando así una red responsable y duradera, proporcionando así cuidados no sólo a corto sino a largo plazo. Es por ello, que, en conclusión, el adulto mayor cuando se encuentra rodeado de personas que lo comprenden y con las cuales pueden hablar y expresarse, adquieren una mejor calidad de vida, y es en las familias donde debe existir la principal fuente de apoyo social</p>
<p>LA EXPERIENCIA DEL CUIDADO DE LAS MUJERES CUIDADORAS CON PROCESOS CRÓNICOS DE SALUD DE FAMILIARES DEPENDIENTES</p> <p><i>Mercedes Martínez Marcos, y Carmen De la Cuesta Benjumea</i></p>	<p>Describir la experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud que cuidan de un familiar dependiente.</p>	<p>Estudio cualitativo de teoría fundamentada constructivista. Estudio realizado en dos áreas de salud urbanas de la Comunidad de Madrid. Treinta y nueve mujeres con enfermedad crónica que cuidan a familiares dependientes se seleccionaron</p>	<p>Este estudio muestra las pérdidas que constatan las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud en su día a día que los lleva a perder el sentido de su propia vida. Conocer la experiencia de estas cuidadoras ayudará a los equipos de atención primaria a desarrollar intervenciones específicas de acuerdo con las necesidades específicas de las</p>

Art. Atención Primaria 2016.48 (2) 77-84 España 2016		por medio del muestreo con propósito. Los datos se recolectaron por medio de 23 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales entre abril y diciembre de 2011. En el análisis de datos se utilizaron los procedimientos de la teoría fundamentada	cuidadoras y proporcionar recursos que compensen las pérdidas que sienten y mejoren su calidad de vida
ANÁLISIS INFORME CONTINUIDAD DE CUIDADOS SEGÚN CRITERIO ENFERMERO <i>Castillo Gómez, C., Pitarch Flors, T., García Bernabeu, MC.</i> Art. Enfermería Global 2008 nº 12 España 2008	Analizar el perfil de los pacientes que salen del Hospital con Informe Continuidad de Cuidados identificando las indicaciones más prevalentes. Ver el número total de altas con Informe Continuidad de Cuidados estratificado por especialidades	Estudio observacional descriptivo cualitativo y cuantitativo, analizando todos los informes realizados de septiembre a diciembre de 2006 en unidades Médico-Quirúrgicas. Metodología cualitativa y cuantitativa. Fuente de datos: Servidor Gestión pacientes/Gestión de cuidados e Informe de Continuidad de Cuidados	Tras revisión bibliográfica, el porcentaje de pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados es alto en nuestra área (35%). Perfil: podemos decir mujer, mayor de 65 años, con deterioro importante en la movilidad e intolerancia a la actividad (encamado), con UPP o herida quirúrgica, con anticoagulantes por vía subcutánea, insulín dependiente, con sonda vesical y/o sonda nasogástrica.

<p>EXPERIENCIA DE PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE APOYO AL TRABAJADOR/CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES</p> <p><i>Daniela Perucca Gallegos; Solange Campos-Romero; Francisca Márquez-Doren</i></p> <p>Art. Gerokomos. 2018;29(3):128-132 España 2018</p>	<p>Generar conocimiento comprensivo acerca de la experiencia vivida de participar en un programa de apoyo al trabajador/cuidador familiar de un adulto mayor dependiente, ofrecido en el espacio labora</p>	<p>estudio cualitativo fenomenológico. Se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas a personas que participaron en al menos un 70% de los talleres del “Programa de apoyo al trabajador/ cuidador familiar”, y que eran cuidadores primarios o secundarios de un adulto mayor dependiente. Se entrevistó hasta cumplir con el criterio de saturación de resultados.</p>	<p>Los participantes reconocen el programa de apoyo a cuidadores familiares como un gesto de preocupación, solidaridad y empatía a través del cual la institución demuestra el valor que tienen sus empleados y una forma de validarlos como seres humanos trascendentes y multidimensionales.</p>
<p>EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA CUIDADORES CON CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR</p> <p><i>Bohórquez Bueno V.C.; Castañeda Pérez, B.A.; Trigos Serrano L. J.; et al</i></p> <p>Art. Revista Cubana de Enfermería 2011;27(3) 210-219 Colombia 2011</p>	<p>determinar la eficacia de la intervención de enfermería apoyo al cuidador principal en cuidadores de enfermos crónicos con diagnóstico de enfermería cansancio del rol del cuidador</p>	<p>Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorio, doblemente enmascarado. La población objeto fueron cuidadores principales de personas con enfermedades crónicas que recibieron atención en el Hospital Universitario de Santander; el tamaño de la muestra fue de 30 personas, los cuales fueron asignados aleatoriamente por bloques, y</p>	<p>La intervención de enfermería realizada es eficaz para el diagnóstico de enfermería cansancio del rol del cuidador y tienen un importante impacto, demostrando que se obtienen resultados positivos cuando se aplican en un solo individuo.</p>

		de los cuales 10 cuidadores fueron para el grupo intervenido y 20 para el grupo no intervenido, el análisis de datos se realizó por medio del análisis de covarianza y el número necesario para tratar.	
<p>EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL BIENESTAR DE CUIDADORES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER</p> <p><i>Etxeberria Arritxabal, I.; García Soler, Á.; Iglesias Da Silva, A.; et al.</i></p> <p>Art. Rev Esp Geriatr Gerontol.2011; 46(4):206–212 España 2011</p>	<p>El presente estudio muestra los resultados de una intervención psicoeducativa que pretende dotar de estrategias de regulación de las emociones positivas y negativas con cuidadores de enfermos de Alzheimer</p>	<p>En este estudio participaron 52 cuidadores informales de enfermos de Alzheimer. Estos cuidadores se distribuyeron en 2 grupos: grupo experimental (n = 20) y grupo control (n = 32). Todos fueron evaluados antes y después de la intervención a través de diferentes instrumentos de medida de los estresores, moduladores y consecuencias del cuidado.</p>	<p>El programa desarrollado ha contribuido a que sus participantes experimenten un mayor bienestar emocional, atiendan a sus emociones de modo más adecuado y sufran menos pensamientos disfuncionales en relación con el cuidado. Estudios posteriores deberán confirmar establecer la estabilidad de los cambios registrados, dado el carácter progresivo del aprendizaje de las habilidades entrenadas y las cambiantes necesidades asociadas al cuidado.</p>